

Proyecto n.º

OMB N.º 0930-0270
Fecha de vencimiento 31/7/2022

Registro de encuentros para brindar servicios de asesoramiento individual o familiar en caso de crisis

Nombre del proveedor Proveedor n.º

Fecha del servicio (dd/mm/aaaa) Condado de servicio

1.º empleado n.º 2.º empleado n.º Código postal del servicio

TIPO DE VISITA (marque la casilla correspondiente)

Cantidad de participantes en este encuentro (ya sea individual o familia)
 Individual = 1 Familia (2 o más personas) = 2 3 4 5 6 o más

NÚMERO DE VISITA Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15-29 minutos 39-44 minutos 45-59 minutos 60 minutos o más

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Cantidad de personas MASCULINAS por categoría de edad en este encuentro (indique el número en el cuadro)

<input type="text"/> preescolar (0-5 años)	<input type="text"/> niño (6-11 años)	<input type="text"/> adolescente (12-17 años)	<input type="text"/> adulto (18-39 años)	<input type="text"/> adulto (40-64 años)	<input type="text"/> adulto mayor (65 años o más)
--	---------------------------------------	---	--	--	---

Cantidad de personas FEMENINAS por categoría de edad en este encuentro (indique el número en el cuadro)

<input type="text"/> preescolar (0-5 años)	<input type="text"/> niño (6-11 años)	<input type="text"/> adolescente (12-17 años)	<input type="text"/> adulto (18-39 años)	<input type="text"/> adulto (40-64 años)	<input type="text"/> adulto mayor (65 años o más)
--	---------------------------------------	---	--	--	---

Cantidad de personas TRANSGÉNERO por categoría de edad en este encuentro (indique el número en el cuadro)

<input type="text"/> preescolar (0-5 años)	<input type="text"/> niño (6-11 años)	<input type="text"/> adolescente (12-17 años)	<input type="text"/> adulto (18-39 años)	<input type="text"/> adulto (40-64 años)	<input type="text"/> adulto mayor (65 años o más)
--	---------------------------------------	---	--	--	---

Raza/etnia de los participantes de este encuentro (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Hispano o latino

Si alguno de los participantes tiene una discapacidad, o alguna otra necesidad de accesibilidad o funcionalidad, indique el tipo (seleccione todas las que correspondan)

Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.) Intelectual/cognitiva (discapacidad de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.) De salud mental o abuso de sustancias (psiquiátrica, dependencia de sustancias, etc.)

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione una)

<input type="checkbox"/> Escuela y centro de cuidado infantil (todas las edades hasta la universidad)	<input type="checkbox"/> Hogar provisorio (como la casa de amigos o familiares, hogares de grupos, refugios, departamentos, casas rodantes u otras viviendas)
<input type="checkbox"/> Centro comunitario (p. ej., club de recreación)	<input type="checkbox"/> SI ES EN EL HOGAR: MARQUE ESTA CASILLA <input type="checkbox"/> SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR.
<input type="checkbox"/> Sitio del prestador o agencia de salud mental (agencia involucrada con el Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis [CCP])	<input type="checkbox"/> Hogar permanente <input type="checkbox"/> SI ES EN EL HOGAR: MARQUE ESTA CASILLA SI <input type="checkbox"/> ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR.
<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (lugar de trabajo del superviviente o del rescatista)	<input type="checkbox"/> Asesoramiento por teléfono (de 15 minutos o más)
<input type="checkbox"/> Centro de recuperación por desastre (p. ej., Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], Cruz Roja Estadounidense)	<input type="checkbox"/> Si es una línea de ayuda, de emergencia o de crisis, marque esta opción.
<input type="checkbox"/> Lugar de adoración (p. ej., iglesia, sinagoga, mezquita)	<input type="checkbox"/> Centro médico (p. ej., consultorio médico, dentista, hospital, centro de salud mental o de tratamiento por abuso de sustancias)
<input type="checkbox"/> Comercio (p. ej., restaurante, centro comercial, tienda)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lugar o evento público (p. ej., calle, acera, plaza, feria, festival, evento deportivo)	

El Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis (CCP) debe contar con protocolos o procedimientos vigentes sobre cómo responder si se presentan reacciones graves mientras se usa esta herramienta. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro tipo de personal con conocimientos sobre salud mental para administrar esta herramienta y garantizar una evaluación y derivación adecuadas. Todos los miembros del personal de asesoramiento en casos de crisis que usan esta herramienta deben obtener capacitación y orientación detallada sobre el uso de la herramienta y sobre cuándo hacer una derivación a servicios más intensivos. Antes de usar esta herramienta, el CCP debe haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar derivaciones del CCP para brindar servicios más intensivos de intervención de salud mental o para consumo de sustancias.

Use esta herramienta como una guía de entrevista

1) Con adultos que han recibido asesoramiento individual en casos de crisis en dos o más ocasiones antes de esta visita (se recomienda en el *tercer* y *quinto* encuentro) O

Nombre del proveedor	<input type="text"/>	Número de prestador	<input type="text"/>
Fecha del servicio (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>	Condado de servicio	<input type="text"/>
1.º empleador n.º	<input type="text"/>	2.º empleador n.º	<input type="text"/>
		Código postal del servicio	<input type="text"/>

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione una)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela y centro de cuidado infantil (todas las edades hasta la universidad) | <input type="checkbox"/> Hogar provisorio (como la casa de amigos o familiares, hogares de grupos, refugios, departamentos, casas rodantes u otras viviendas) |
| <input type="checkbox"/> Centro comunitario (p. ej., club de recreación) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE. MARQUE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR. |
| <input type="checkbox"/> Sitio del prestador o agencia de salud mental (agencia involucrada con el CCP) | <input type="checkbox"/> Hogar permanente |
| <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo (lugar de trabajo del superviviente o del rescatista) | <input type="checkbox"/> SI ES UN HOGAR PERMANENTE. MARQUE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR. |
| <input type="checkbox"/> Centro de recuperación por desastre (p. ej., Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], Cruz Roja Estadounidense) | <input type="checkbox"/> Asesoramiento por teléfono (de 15 minutos o más) |
| <input type="checkbox"/> Lugar de adoración (p. ej., iglesia, sinagoga, mezquita) | <input type="checkbox"/> Si es una LÍNEA DE AYUDA, DE EMERGENCIA O DE CRISIS, marque esta opción. |
| <input type="checkbox"/> Comercio (p. ej., restaurante, centro comercial, tienda) | <input type="checkbox"/> Centro médico (p. ej., consultorio médico, dentista, hospital, centro de salud mental o de especialidad) |
| <input type="checkbox"/> Lugar o evento público (p. ej., calle, acera, plaza, feria, festival, evento deportivo) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique en la casilla) <input type="text"/> |

NÚMERO DE VISITA Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15-29 minutos 39-44 minutos 45-59 minutos 60 minutos o más

¿Estuvo presente el líder del equipo o el personal de supervisión durante la administración de esta herramienta? SI NO

CATEGORÍA DE RIESGO (marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familia desaparecida/muerta | <input type="checkbox"/> Daños o lesiones físicas (propias o de algún miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse |
| <input type="checkbox"/> Amigos desaparecidos/muertos | <input type="checkbox"/> La vida estaba en riesgo (propia o de algún miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> Desplazado de su hogar por 1 semana o más |
| <input type="checkbox"/> Mascota desaparecida/muerta | <input type="checkbox"/> Testigo de muerte/lesión (propia o de algún miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> Refugiado o buscó refugio debido a una amenaza o un peligro inmediatos |
| <input type="checkbox"/> Hogar dañado o destruido | <input type="checkbox"/> Asistió en el rescate/recuperación (propia o de algún miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> Problema anterior de consumo de sustancias o de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de vehículo o de bienes de gran valor | <input type="checkbox"/> Tuvo que cambiar de escuela | <input type="checkbox"/> Discapacidad física preexistente |
| <input type="checkbox"/> Otras pérdidas monetarias | <input type="checkbox"/> Separación prolongada de la familia | <input type="checkbox"/> Trauma pasado |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por el desastre (propio o de algún miembro de la familia) | | |

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elija una) adulto (18 - 39 años) adulto (40 - 64 años) Adulto mayor (65 años o más)

¿Tiene una discapacidad o alguna otra necesidad de accesibilidad o funcionalidad? En caso afirmativo, indique el tipo (seleccione todas las que correspondan).

- Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.)
- Intelectual/cognitiva (discapacidad de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.)
- De salud mental o abuso de sustancias (psiquiátrica, dependencia de sustancias, etc.)

Género Masculino Femenino Transgénero Ninguna de las anteriores

Idiomas principales hablados durante este encuentro (seleccione uno) Inglés Español Otro

Raza/etnia (marque todas las que correspondan)

- Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Hispano/latino

Proyecto n.º

Registro de encuentros grupales

OMB N.º 0930-0270
Fecha de vencimiento 31/7/2022

Nombre del proveedor

Proveedor n.º

Fecha del servicio (dd/mm/aaaa)

Condado de servicio

1.º empleado n.º

2.º empleado n.º

Código postal del servicio

TIPO DE SERVICIO (seleccione uno antes de completar este registro)

- ASESORAMIENTO GRUPAL**
(reunión grupal en la que los participantes fueron quienes más hablaron)
- EDUCACIÓN PÚBLICA**
(presentación o reunión grupal en la que USTED fue quien más habló)

CARACTERÍSTICAS DEL ENCUENTRO

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione una)

- Escuela y centro de cuidado infantil (todas las edades hasta la universidad)
- Centro comunitario (p. ej., club de recreación)
- Sitio del prestador o agencia de salud mental (agencia involucrada con el Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis [CCP])
- Lugar de trabajo (lugar de trabajo del superviviente o del rescatista)
- Centro de recuperación por desastre (p. ej., Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], Cruz Roja Estadounidense)
- Lugar de adoración (p. ej., iglesia, sinagoga, mezquita)
- Hogar (provisorio o permanente, como la casa de amigos o familiares, hogares de grupos, casas, departamentos, casas rodantes u otras viviendas)
- Comercio (p. ej., restaurante, centro comercial, tienda)
- Centro médico (p. ej., consultorio médico, dentista, hospital, centro de tratamiento por abuso de sustancias)
- Lugar o evento público (p. ej., calle, acera, plaza, feria, festival, evento deportivo)
- Otro (especifique en la casilla)

NÚMERO DE SESIÓN (seleccione uno)

- Primera sesión de grupo previsto para reunirse una sola vez
- Primera sesión de grupo previsto para reunirse una más de una vez
- Segunda sesión o posterior de un grupo constante

CANTIDAD DE PARTICIPANTES CALCULE UN APROXIMADO

Cantidad de menores de 18 años Cantidad en edades 18-64 Cantidad en edades de 65 o más **TOTAL**

DURACIÓN 15-29 minutos 30-44 minutos 45-59 minutos 60 minutos o más

IDENTIDADES GRUPALES (SELECCIONE UNA)

¿El grupo estaba compuesto ÚNICAMENTE o MAYORMENTE por alguno de los siguientes grupos?

- Niños o jóvenes (menores de 18 años) MARQUE si corresponde.
- Supervivientes adultos (adultos directamente afectados por el desastre) MARQUE si corresponde.
- Empleados de seguridad pública y servicios de primera respuesta (p. ej., policías, bomberos, médicos de emergencia, rescatistas) MARQUE si corresponde.
- Otros empleados de recuperación (p. ej., de salud, de desastres, de alivio, de servicios sociales) MARQUE si corresponde.
- ¿El grupo estaba compuesto por una mezcla de los anteriores o ninguno de los anteriores (es decir, no hubo una identidad grupal clara)? MARQUE si corresponde.

Proyecto n.º

OMB N.º 0930-0270
Fecha de vencimiento 31/7/2022

Planilla semanal de registro Servicios educativos y de apoyo breves no incluidos en otro lado

Nombre del proveedor

Condado o distrito

Número de prestador

Semana que comienza el dd/mm/aaaa

Identificación del empleado

TIPO DE CONTACTO	CANTIDAD DE CONTACTOS O CANTIDAD REPARTIDA							
	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	TOTAL
Contacto presencial breve educativo o de apoyo	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Contacto telefónico por el asesor en casos de crisis	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Contacto por línea de ayuda, de emergencia o de crisis	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Contacto por correo electrónico	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Construcción de redes y alianzas comunitarias	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
TIPO DE CONTACTO	No incluya los materiales que están registrados en los formularios de recolección de datos sobre encuentros individuales/familiares o grupales.							
Material entregado a las personas en mano	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Material enviado por correo a los hogares de las personas o dejado en el hogar sin supervisión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Material dejado en espacios públicos	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Medios de comunicación	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Mensajes en redes sociales	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>

Nota: Si el número es cero, se puede dejar en blanco.

Nombre del revisor

Firma

Fecha de revisión

El Programa de Capacitación y Asistencia en Asesoramiento para Casos de Crisis (CCP) debe contar con protocolos o procedimientos vigentes sobre cómo responder si se presentan reacciones graves mientras se usa esta herramienta. Muchos CCP tienen líderes de equipo u otro tipo de personal con conocimientos sobre salud mental para administrar esta herramienta y garantizar una evaluación y derivación adecuadas. Todos los miembros del personal de asesoramiento en casos de crisis que usan esta herramienta deben obtener capacitación y orientación detallada sobre el uso de la herramienta y sobre cuándo hacer una derivación a servicios más intensivos. Antes de usar esta herramienta, el CCP debe haber identificado al menos una organización o agencia que esté dispuesta a aceptar derivaciones del CCP para brindar servicios más intensivos de intervención de salud mental o para consumo de sustancias.

Use esta herramienta como una guía de entrevista.

- 1) con niños que reciben asesoramiento individual en casos de crisis, en la tercera o quinta sesión O
- 2) con cualquier niño en cualquier momento si sospecha que puede estar sufriendo reacciones graves ante el desastre.

INFORMACIÓN DEL ENCUENTRO

Nombre del proveedor Proveedor n.º

Fecha del servicio (dd/mm/aaaa) Condado de servicio

1.º empleado n.º 2.º empleado n.º Código postal del servicio

NÚMERO DE VISITA Primera visita Segunda visita Tercera visita Cuarta visita Quinta visita o más

DURACIÓN 15-29 minutos 39-44 minutos 45-59 minutos 60 minutos o más

¿Estuvieron presentes los padres o cuidadores durante la visita? Sí No

¿Estuvo presente el líder del equipo o el personal de supervisión durante la administración de esta herramienta? Sí No

LEER: En algunos casos, nos resulta útil hacerles a los niños o adolescentes o a sus padres o cuidadores algunas preguntas específicas acerca de cómo les afectó el desastre y cómo se sienten ahora. ¿Puedo hacerle estas preguntas? Mis primeras preguntas son acerca de varias experiencias que usted ha tenido durante el desastre.

UBICACIÓN DEL SERVICIO (seleccione una)

Escuela y centro de cuidado infantil (todas las edades hasta la universidad) Hogar provisorio (como la casa de amigos o familiares, hogares de grupos, refugios, departamentos, casas rodantes u otras viviendas)

Centro comunitario (p. ej., club de recreación) SI ES UN HOGAR PERMANENTE. MARQUE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR.

Sitio del prestador o agencia de salud mental (agencia involucrada con el CCP) Hogar permanente

Lugar de trabajo (lugar de trabajo del superviviente o del rescatista) SI ES UN HOGAR PERMANENTE. MARQUE ESTA CASILLA SI ALGÚN NIÑO MENOR DE 18 AÑOS VIVE EN ESTE HOGAR.

Centro de recuperación por desastre (p. ej., Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA], Cruz Roja Estadounidense) Asesoramiento por teléfono (de 15 minutos o más)

Lugar de adoración (p. ej., iglesia, sinagoga, mezquita) Si es una línea de ayuda, de emergencia o de crisis, marque esta opción.

Comercio (p. ej., restaurante, centro comercial, tienda) Centro médico (p. ej., consultorio médico, dentista, hospital, centro de salud mental o de especialidad)

Lugar o evento público (p. ej., calle, acera, plaza, feria, festival, evento deportivo) Otro (especifique en la casilla)

CATEGORÍA DE RIESGO (marque todas las que correspondan)

Familia desaparecida/muerta Daños o lesiones físicas (propias o de algún miembro de la familia) Evacuado rápidamente sin tiempo para prepararse

Amigos desaparecidos/muertos La vida estaba en riesgo (propia o de algún miembro de la familia) Desplazado de su hogar por 1 semana o más

Mascota desaparecida/muerta Testigo de muerte/lesión (propia o de algún miembro de la familia) Refugiado o buscó refugio debido a una amenaza o un peligro inmediatos

Hogar dañado o destruido Asistió en el rescate/recuperación (propia o de algún miembro de la familia) Problema anterior de consumo de sustancias o de salud mental

Pérdida de vehículo o de bienes de gran valor Tuvo que cambiar de escuela Discapacidad física preexistente

Otras pérdidas monetarias Separación prolongada de la familia Trauma pasado

Desempleado por el desastre (propio o de algún miembro de la familia)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad (elijá una) preescolar (0-5 años) niño (6-11 años) adolescente (12-17 años) **Nivel de grado en la escuela**

¿Tiene una discapacidad o alguna otra necesidad de accesibilidad o funcionalidad? En caso afirmativo, indique el tipo (seleccione todas las que correspondan).

Física (de movilidad, visual, auditiva, médica, etc.) Intelectual/cognitiva (discapacidad de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.) De salud mental o abuso de sustancias (psiquiátrica, dependencia de sustancias, etc.)

Género Masculino Femenino Transgénero Ninguna de las anteriores

Idiomas principales hablados durante este encuentro (seleccione uno) Inglés Español Otro

Raza/etnia (marque todas las que correspondan)

Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Hispano/latino

TARJETA DE RESPUESTA

Reflexione sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta DURANTE EL ÚLTIMO MES.

Use estas opciones de clasificación de frecuencia para responder qué tan seguido ha ocurrido el problema el último mes. Para cada pregunta, elija **UNA** de las siguientes respuestas.

0

D	L	Ma	Mi	J	V	S

Nunca

1

D	L	Ma	Mi	J	V	S
		X				
					X	

2 veces al mes

2

D	L	Ma	Mi	J	V	S
		X			X	
		X				
			X			
		X		X		

1-2 veces a la semana

3

D	L	Ma	Mi	J	V	S
	X		X		X	
X		X		X		
	X		X		X	
X		X				

2-3 veces a la semana

4

D	L	Ma	Mi	J	V	S
X	X	X	X	X	X	X
X		X		X		X
	X		X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X

Casi todos los días