

# MI FAMILIA



¿Sí o No?

|                                                                                     |                             |                             |                                                                                     |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

