



COMPLETE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre, apellido, sufijo	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección postal		
Número de teléfono	<u>Correo electrónico</u>	

Raza y origen étnico

1. ¿Cómo describiría su identidad racial o étnica? (marque todas las opciones que correspondan)

<b>Indígena americano o nativo de Alaska</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit, métis o de las Naciones Originarias de Canadá <input type="checkbox"/> Nativo o indígena mexicano <input type="checkbox"/> Centroamericano o sudamericano	<b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Sudasiático <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático	<b>Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Micronesiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongano <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas	<b>Hispano o latino</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano o latino centroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino mexicano <input type="checkbox"/> Hispano o latino sudamericano <input type="checkbox"/> Otros hispanos o latinos
	<b>Mediorientel/norteafricano</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Norteafricano <input type="checkbox"/> Mediorientel	<b>Raza blanca</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Europeo del Este <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Europeo del Oeste <input type="checkbox"/> Otro	<b>Otras categorías</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sé/desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Idiomas

2. ¿Cuál es su idioma de preferencia?

Oral: \_\_\_\_\_

Escrito: \_\_\_\_\_

3. ¿Necesita un intérprete de lengua de señas para que nos comuniquemos con usted?

- Sí     No sé/se desconoce  
 No     Prefiero no responder/Me rehúso a responder

4. ¿Necesita un intérprete?

- Sí     No sé/se desconoce  
 No     Prefiero no responder/Me rehúso a responder

5. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien     No hablo  
 Bien     No sé/se desconoce  
 No muy bien     No quiero responder/Me rehúso a responder

Si la respuesta es "sí", ¿de qué tipo? (lengua de señas americana [ALS], lengua de señas pidgin [PSE], interpretación táctil): \_\_\_\_\_

## Salud

6. ¿Cuáles de los siguientes problemas se aplican a usted? (marque **todas** las opciones que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca       |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Diálisis                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Fumador                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca     | <input type="checkbox"/> Drogadicción                 |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> <u>Falta de alimentación</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Vagabundo/a</u>      |   |

7. ¿Cuántos **medicamentos recetados** distintos toma por día?

- 0                       1 y 3                       4 y 6                       7 y 10                       11 o más

8. ¿Cuál es su orientación **sexual**? Se **considera**:

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Straight (heterosexual) | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder/Me rehúso a responder |
| <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana          | <input type="checkbox"/> Asexual  |  |

9. ¿De cuántas personas, incluido usted mismo, se compone su grupo familiar en la actualidad? \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Trabajo a medio tiempo | <input type="checkbox"/> Trabajo estacional | <input type="checkbox"/> Trabajo desde casa |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado             | <input type="checkbox"/> Desempleado            | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |   |

Para las siguientes preguntas, marque "Sí", "No", o "Disminución".

	Si	No	Disminución
11. ¿Tiene alguna <b>creencia o práctica cultural, religiosa o espiritual</b> que pueda influir en su atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es <b>sordo</b> o tiene problemas graves de audición? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Es <b>ciego</b> o tiene dificultades considerables para ver, incluso cuando usa lentes? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene dificultades considerables para <b>caminar</b> o <b>subir escaleras</b> ? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene dificultades para <b>vestirse</b> o <b>bañarse</b> ? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene alguna condición <b>física, mental</b> o <b>emocional</b> que limite sus actividades de alguna manera? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene dificultades para <b>concentrarse, recordar</b> o <b>tomar decisiones</b> debido a una <b>condición física, mental</b> o <b>emocional</b> ? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Tiene dificultades para hacer recados solo, como <b>ir a una consulta médica</b> o <b>ir de compras</b> , debido a una condición <b>física, mental</b> o <b>emocional</b> ? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad empezó esta condición? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tiene dificultades para ir a las <b>citas médicas</b> porque <b>necesita que lo lleven</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene alguna <b>otra</b> necesidad de atención médica que no figura en esta encuesta? Si respondió que "sí" a la pregunta 20, <b>indique sus necesidades de atención médica</b> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---



---