



COMPLETE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección postal		
Número de teléfono	<u>Correo electrónico</u>	

Esta encuesta es sobre el miembro mencionado anteriormente.

Raza y origen étnico

1. ¿Cuál de los siguientes describe su identidad **racial** o **étnica**? (Por favor marque **todos** los que apliquen)

<p>Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/></p> <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	<p>Asiático <input type="checkbox"/></p> <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	<p>Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/></p> <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	<p>Hispano o latino <input type="checkbox"/></p> <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
<p>Negro o afroamericano <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Caribeño (negro) <input type="checkbox"/> Otra raza negra	<p>Mediorienta/norteafricano <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Norteafricano <input type="checkbox"/> Mediorienta	<p>Raza blanca <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Europeo del Este <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Europeo del Oeste <input type="checkbox"/> Otro	<p>Otras categorías <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sé/desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Languages

2. ¿Cuál es su idioma de preferencia?

Oral: _____

Escrito: _____

4. ¿Necesita un intérprete?

Sí No sé/se desconoce

No Prefiero no responder/Me rehúso a responder

1. ¿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

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. ¿Cuál es su situación de vivienda? (por ejemplo: comparte la custodia, está viviendo con amigos)

10. ¿Actualmente asiste su hijo a la escuela? Si No

Para las siguientes preguntas, marque “**Sí**”, “**No**”, o “**Disminución**”.

	Si	No	Disminución
11. ¿Tiene alguna creencia o práctica cultural, religiosa o espiritual que pueda influir en su atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es sordo 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 ciego 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. Does a physical, mental, or emotional condition limit their activities in any way? If yes, at what age did this condition begin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene alguna condición física, mental o emocional 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"/>
16. ¿Tiene dificultades para ir a las citas médicas porque necesita que lo lleven ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tiene alguna otra necesidad de atención médica que no figura en esta encuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió que “sí” a la pregunta 17, **indique** las necesidades de atención médica:
