

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es la raza, grupo étnico, idioma y antecedentes relacionados con las discapacidades de su hijo/a para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

1. ¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo (*Braille, letra grande, grabaciones de audio, etc.*)?

Sí No No sé No deseo responder

Si es así, ¿en qué formato? _____

Raza y grupo étnico

2. ¿Cómo identifica usted la **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia** de *su hijo/a*?

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la **identidad racial o étnica** de *su hijo/a*? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

<p>Indígenas americanos e indígenas de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> <p>Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Indios asiáticos</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Del sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otros asiáticos</p>	<p>Negro y afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Africano (<i>negro</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Caribeño (<i>negro</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro</p> <p>Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino de otro origen</p> <p>Del Oriente Medio/del norte de África</p> <p><input type="checkbox"/> Del Oriente Medio</p> <p><input type="checkbox"/> Del norte de África</p> <p>Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa del Este</p> <p><input type="checkbox"/> Eslavo</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa Occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco</p>	<p>Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño</p> <p><input type="checkbox"/> Micronesio/de las Islas Marshall/palauano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Tongano</p> <p><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #e0f2f1; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Otras categorías</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (<i>indique</i>) _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> </div>
---	---	--

4. Si usted marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea la **identidad racial o étnica principal** de *su hijo/a*?

<input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo la identidad racial o étnica principal de <i>su hijo/a</i> .	<input type="checkbox"/> N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
<input type="checkbox"/> No. <i>Mi hijo/a</i> tiene múltiples identidades raciales o étnicas principales.	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> No. <i>Mi hijo/a</i> se identifica como birracial o multirracial.	<input type="checkbox"/> No deseo responder

(Para ser llenado por el personal de la DHS/OHA) (To be filled in by DHS/OHA staff)

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. **Contact:** _____

Program: _____ **Phone:** _____ **Email:** _____

Idioma

5. Qué **idioma** desea que usemos:

Al hablar con su hijo/a _____

Al escribirle a su hijo/a _____

Pase a la pregunta 8 si su hijo/a tiene menos de 5 años

6. ¿Qué tan bien habla inglés *su hijo/a*?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- Nada
- No sé
- No deseo responder

7a. ¿Necesita *su hijo/a* un **intérprete** para que podamos comunicarnos con él/ella/ellos?

- Sí No sé
- No No deseo responder

7b. De ser así, ¿qué tipo de intérprete necesita *su hijo/a*?
(**Marque todas las opciones que correspondan**):

- Intérprete de idiomas (**indique**): _____
- Lenguaje de señas estadounidense
- Intérprete para sordociegos e intérprete para sordos con barreras adicionales
- Lenguaje de señas de contacto (inglés Pidgin por señas [PSE, por sus siglas en inglés])
- Otro (**indique cuál**): _____

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.

8. ¿Es *su hijo/a* **sordo/a** o tiene **dificultad seria para oír**?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

9. ¿Es *su hijo/a* **ciego/a** o tiene **dificultad seria para ver**, aunque lleve puestos lentes?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

10. ¿Alguna **condición física, mental o emocional limita de alguna manera las actividades** de su hijo/a?

- Sí No sé
- No No deseo responder

11a. ¿Qué edad tiene *su hijo/a hoy*? _____

11b. Ingrese la fecha de hoy: _____

Deténgase aquí si su hijo/a tiene menos de 5 años

12. ¿Tiene *su hijo/a* dificultad seria para **caminar o subir escaleras**?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

13. ¿Tiene *su hijo/a* **dificultad para vestirse o bañarse**?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

14. Debido a una **condición física, mental o emocional**, ¿tiene *su hijo/a* dificultad seria para:

a. **Concentrarse, recordar o tomar decisiones**?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

Deténgase aquí si su hijo/a tiene menos de 15 años

b. **Hacer mandados solo/a**, como ir de compras?

- Sí No sé
- No No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____