

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y discapacidades 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 su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

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

Indígena americano e Indígena de Alaska

- Indígena estadounidense
- Indígena de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (*First Nation*)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático

- Indios asiáticos
- Chino
- Filipino
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Negro y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Africano (*negro*)
- Caribeño (*negro*)
- Otro grupo étnico negro

Hispano o latino

- Centroamericano
- Mexicano
- Sudamericano
- Hispano o latino de otro origen

Del Oriente Medio/del norte de África

- Del Oriente Medio
- Del norte de África

Blanco

- De Europa del Este
- Eslavo
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

- Chamorro
- Guameño
- Micronesio/de las Islas Marshall/palauano
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Tongano
- Otras Islas del Pacífico

Otras categorías

- Otra (*indique*)

No sé

No deseo responder

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

- Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.
 N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No. Tengo múltiples identidades raciales o étnicas principales.
 No sé
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
 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. En qué **idioma** desea que:

Hablemos con usted _____

Le **escribamos** _____

Pase a la pregunta 8 si la persona tiene menos de 5 años de edad

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

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

7a. ¿Necesita un **intérprete** para que nos podamos comunicar con usted?

- Sí
- No sé
- No
- No deseo responder

7b. De ser así, ¿qué tipo de intérprete necesita?

(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 usted **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 usted **ciego/a** o tiene **dificultad seria para ver**, incluso cuando usa 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 sus actividades** de alguna manera?

- Sí
- No sé
- No
- No deseo responder

11a. ¿Qué edad tiene **hoy**? _____

11b. Ingrese la fecha de hoy: _____

Deténgase aquí si la persona tiene menos de 5 años

12. ¿Tiene 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 **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 dificultad seria para:

a. Concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
- No sé
- No
- No deseo responder

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años

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

b. Hacer los mandados solo/a, por ejemplo, ir a ver al médico o hacer las compras?

- Sí
- No sé
- No
- No deseo responder

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