



1.) ¿Cuál es su grupo de edad?

- 0 -15 (Niños)
- 16 -25 (Jóvenes en edad de transición)
- 26-59 (Adulto)
- 60+ (Adulto mayor)
- Prefiero no responder

2.) ¿Cuál es su raza/etnia? Marque todo lo que corresponda.

- Africano/Afroamericano/Negro
- Asiático
- Blanco
- Afroamericano
- Africano (especifique) _____
- Otro africano/Negro (Especifique) _____
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Nativo de Alaska
- Indio Americano (Especifique) _____
- Hispano o Latino
- Caribeño
- Centroamericano
- Mexicano/Mexico Americano/Chicano
- Puertorriqueño
- Sudamericano
- Otro Hispano/Latino (Especifique) _____
- Indoasiático/Sudasiático
- Chino
- Camboyano
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro Asiático (Especifique) _____
- Isleño del Pacífico
- Hawaiano Nativo
- Otro Isleño del Pacífico (Especifique) _____
- Europeo del Este
- Europeo
- Medio Oriente
- Ruso
- Ucraniano
- Otro Blanco/Caucásico (Especifique) _____
- Otro (Especifique) _____
- Prefiero no responder

3.) ¿Cuál es su idioma preferido? (Seleccione todas las que correspondan)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| | Hablado Escrito |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

4.) ¿Cuál es su orientación sexual?

- Gay o Lesbiana
- Heterosexual
- Indeciso/Inseguro de la orientación sexual
- Bisexual
- Queer
- Otra orientación sexual
- Prefiero no responder

Continúa atrás →

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE:

Fecha: _____

Nombre del programa: _____



5a.) ¿Tiene alguna discapacidad?

Una discapacidad es un impedimento físico o mental o una condición médica que dura al menos seis meses y que limita sustancialmente la actividad principal de la vida, lo cual no es el resultado de una enfermedad mental grave.

- Sí No Prefiero no responder

5b.) Si eligió sí para 5a., Ayúdenos a clasificar su discapacidad. (Seleccione todas las que correspondan)

- Comunicación**
- Dificultad para ver
 - Dificultad para oír o para que se entienda el habla
 - Otro, explique: _____
- Mental sin incluir la enfermedad mental**
(incluye, pero no se limita a problemas de aprendizaje, discapacidades de desarrollo y demencia).
- Movilidad física**
- Condición de salud crónica** (incluye, pero no se limita al dolor crónico)
- Otro, especifique:** _____

6.) ¿Es un veterano o ha servido en el ejército?

- Sí No Prefiero no responder

7.) ¿Cuál es el sexo que le asignaron al nacer?

- Femenino Masculino Prefiero no responder

8.) ¿Cuál es su identidad de género actual?

- Femenino Indeciso/Inseguro de la identidad de género
- Masculino Otra identidad de género
- Transgénero Prefiero no responder
- Género Queer

9.) Ayúdenos a determinar su relación con la salud mental

- Cliente/Consumidor de salud mental
- Miembro de la familia del cliente de salud mental
- No aplica
- Prefiero no responder

Comentarios:

¡Gracias por proporcionar la información para esta encuesta!