

We Ask Because We Care - Preguntamos porque usted es importante

Estamos reuniendo datos sociales de clientes para saber a quién proporcionamos servicios y cuáles son las necesidades específicas de nuestros clientes. A su vez, usaremos esta información para entender las experiencias y los resultados de los clientes.

¿Tengo que responder a todas las preguntas?

No. Las respuestas son voluntarias y puede elegir 'prefiere no responder' a alguna pregunta o a todas ellas. Esto no afectará la atención que recibe.

¿Quién tendrá acceso a esta información?

La información estará disponible sólo a los miembros del personal del cuidado de la salud y estará protegida al igual que cualquier otra información de salud.

Si se usa para fines de investigación, esta información se combinará con los datos de otros clientes y nadie podrá identificar a ninguno de los mismos.

1. ¿En qué idioma preferiría comunicarse con su proveedor del cuidado de la salud? Marque sólo UNO				
<input type="checkbox"/> 1. Amárico	<input type="checkbox"/> 9. Darí	<input type="checkbox"/> 17. Inglés	<input type="checkbox"/> 25. Serbio	<input type="checkbox"/> 33. Urdu
<input type="checkbox"/> 2. Árabe	<input type="checkbox"/> 10. Eslovaco	<input type="checkbox"/> 18. Italiano	<input type="checkbox"/> 26. Somalí	<input type="checkbox"/> 34. Vietnamita
<input type="checkbox"/> 3. ASL (Lengua de signos estadounidense)	<input type="checkbox"/> 11. Español	<input type="checkbox"/> 19. Karénico	<input type="checkbox"/> 27. Tagalog	<input type="checkbox"/> 35. Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 4. Bengalí	<input type="checkbox"/> 12. Farsi	<input type="checkbox"/> 20. Nepalés	<input type="checkbox"/> 28. Tamil	_____
<input type="checkbox"/> 5. Chino (cantonés)	<input type="checkbox"/> 13. Francés	<input type="checkbox"/> 21. Polaco	<input type="checkbox"/> 29. Tigrinya	_____
<input type="checkbox"/> 6. Chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> 14. Griego	<input type="checkbox"/> 22. Portugués	<input type="checkbox"/> 30. Turco	<input type="checkbox"/> 98. No sabe
<input type="checkbox"/> 7. Checo	<input type="checkbox"/> 15. Hindi	<input type="checkbox"/> 23. Punjabi	<input type="checkbox"/> 31. Twi	<input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> 8. Coreano	<input type="checkbox"/> 16. Húngaro	<input type="checkbox"/> 24. Ruso	<input type="checkbox"/> 32. Ucraniano	

2. ¿Nació en Canadá? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 98. No sabe <input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder
Si la respuesta es NO , ¿en qué año llegó a Canadá? _____

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su grupo racial o étnico? Marque sólo UNA	
<input type="checkbox"/> 1. Asiático del este (por ejemplo, chino, japonés, coreano)	<input type="checkbox"/> 10. Inuit
<input type="checkbox"/> 2. Asiático del sur (por ejemplo, indio, pakistaní, de Sri Lanka)	<input type="checkbox"/> 11. Latinoamericano (por ejemplo, argentino, chileno, salvadoreño)
<input type="checkbox"/> 3. Asiático del sudeste (por ejemplo, malayo, filipino, vietnamita)	<input type="checkbox"/> 12. Métis
<input type="checkbox"/> 4. Negro de África (por ejemplo, de Ghana, keniano, somalí)	<input type="checkbox"/> 13. Mediorienta (por ejemplo, egipcio, iraní, libanés)
<input type="checkbox"/> 5. Negro del Caribe (por ejemplo, de Barbados, jamaicano)	<input type="checkbox"/> 14. Blanco europeo (por ejemplo, inglés, italiano, portugués, ruso)
<input type="checkbox"/> 6. Negro de Norteamérica (por ejemplo, canadiense, estadounidense)	<input type="checkbox"/> 15. Blanco norteamericano (por ejemplo, canadiense, estadounidense)
<input type="checkbox"/> 7. Naciones indígenas	<input type="checkbox"/> 16. Mezcla heredada (por ejemplo, negro africano y blanco norteamericano) Especifique: _____
<input type="checkbox"/> 8. Indio del Caribe (por ejemplo, guyanés con origen en la India)	<input type="checkbox"/> 17. Otra (s): Especifique: _____
<input type="checkbox"/> 9. Indígena/aborigen – <i>no incluido en ningún otro lugar</i>	<input type="checkbox"/> 98. No sabe <input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder

4. ¿Padece de alguna de las siguientes? Marque TODAS las que le correspondan

<input type="checkbox"/> 1. Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> 8. Otra (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 2. Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> 9. Ninguna
<input type="checkbox"/> 3. Dependencia de las drogas o del alcohol	<input type="checkbox"/> 98. No sabe
<input type="checkbox"/> 4. Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> 5. Enfermedad mental	
<input type="checkbox"/> 6. Discapacidad física	
<input type="checkbox"/> 7. Discapacidad sensorial (por ejemplo, pérdida del oído o la vista)	

5. ¿Cuál es su género? Marque sólo UNO

<input type="checkbox"/> 1. Femenino	<input type="checkbox"/> 6. Doble género [Two-Spirit] (Término usado por indígenas/aborígenes)
<input type="checkbox"/> 2. Intersexual (sexualmente ambiguo)	<input type="checkbox"/> 7. Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 3. Masculino	<input type="checkbox"/> 98. No sabe
<input type="checkbox"/> 4. Transexual cambiado de mujer a hombre [Trans - Female to Male]	<input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> 5. Transexual cambiado de hombre a mujer [Trans - Male to Female]	

6. ¿Cuál es su orientación sexual? Marque sólo UNA

<input type="checkbox"/> 1. Bisexual	<input type="checkbox"/> 6. Doble género [Two-Spirit] (Término usado por indígenas/aborígenes)
<input type="checkbox"/> 2. Homosexual [Gay]	<input type="checkbox"/> 7. Otra (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 3. Heterosexual (persona a quien atrae el sexo opuesto)	<input type="checkbox"/> 98. No sabe
<input type="checkbox"/> 4. Lesbiana [Lesbian]	<input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder
<input type="checkbox"/> 5. Queer (Término usado por personas que no se ajustan a las orientaciones sexuales tradicionales)	

7. ¿Cuáles fueron los ingresos totales de su familia antes de los impuestos el año pasado? Marque sólo UNO

<input type="checkbox"/> 1. \$0 - \$14,999	<input type="checkbox"/> 6. \$35,000 – \$39,999
<input type="checkbox"/> 2. \$15,000 – \$19,999	<input type="checkbox"/> 7. \$40,000 – \$59,999
<input type="checkbox"/> 3. \$20,000 – \$24,999	<input type="checkbox"/> 8. \$60,000 o más
<input type="checkbox"/> 4. \$25,000 – \$29,999	<input type="checkbox"/> 98. No sabe
<input type="checkbox"/> 5. \$30,000 – \$34,999	<input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder

8. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?

_____ persona (s) 98. No sabe 99. Prefiere no responder