

## 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.

| <b>1. ¿En qué idioma preferiría comunicarse con su proveedor del cuidado de la salud? Marque sólo UNO</b> |                                       |  |  |   |
|---|---------------------------------------|--|--|---|
| <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):<br>_____ |
| <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 |   |

|   |
|---|
| <b>2. ¿Nació en Canadá?</b> <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 <b>NO</b> , ¿en qué año llegó a Canadá? _____  |

| <b>3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su grupo racial o étnico? Marque sólo UNA</b> |   |
|---|---|
| <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                               |

|   |   |
|---|---|
| <b>4. ¿Padece de alguna de las siguientes? Marque TODAS las que le correspondan</b>           |   |
| <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) |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>5. ¿Cuál es su género? Marque sólo UNO</b>  |  |
| <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] |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>6. ¿Cuál es su orientación sexual? Marque sólo UNA</b>   |  |
| <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) |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>7. ¿Cuáles fueron los ingresos totales de su familia antes de los impuestos el año pasado? Marque sólo UNO</b> |  |
| <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 |

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <b>8. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?</b> |                                      |  |
| _____ persona (s)                                     | <input type="checkbox"/> 98. No sabe | <input type="checkbox"/> 99. Prefiere no responder |