

## **Preguntamos porque nos importa**

Nos gustaría hacerle algunas preguntas que nos ayuden a conocer mejor a nuestros pacientes/clientes. Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle la mejor atención posible, así como a mejorar los programas y servicios para todos.

### **¿Por qué se recopila esta información?**

Estas preguntas nos ayudarán a comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes/clientes y a proporcionarles una mejor atención y servicios de mayor calidad. Algunas preguntas pueden parecer muy personales o privadas. Las hacemos porque, a veces, las personas reciben un trato diferente por ser quienes son. Recibir un trato diferente es discriminación y puede tener un impacto en la salud.

### **¿Debo responder a todas las preguntas?**

No. Puede elegir responder a estas preguntas o no. Puede dejar de responder a las preguntas o pedirnos que eliminemos sus respuestas en cualquier momento. Tanto si responde a las preguntas como si no, le brindaremos atención.

### **¿Quién tendrá acceso a esta información?**

Solo verán sus respuestas las personas que están directamente implicadas en su cuidado. La protegeremos como el resto de su información de salud. También tomaremos sus respuestas, eliminaremos su nombre de ellas y las aunaremos con las respuestas de todas las demás personas a las que prestamos servicios. Nosotros, así como los investigadores, podemos utilizar esas respuestas combinadas para ofrecer mejores cuidados y servicios.

### **¿Cuánto tiempo se tarda en responder?**

Contestar las 13 preguntas le llevará entre seis y ocho minutos.

### **¿Acepta responder a las preguntas?**

- Sí
- No
- En este momento prefiero no responder a ninguna de estas preguntas

1. ¿En qué idioma se siente más cómodo hablando con su proveedor? (Marque todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> 1 Inglés* (idioma oficial canadiense)	<input type="checkbox"/> 9 Birmano	<input type="checkbox"/> 19 Hebreo	<input type="checkbox"/> 29 Panyabí	<input type="checkbox"/> 38 Tagalo	<input type="checkbox"/> 47 Urdu
<input type="checkbox"/> 2 Francés* (idioma oficial canadiense)	<input type="checkbox"/> 10 Cantonés	<input type="checkbox"/> 20 Húngaro	<input type="checkbox"/> 30 Rohinyá	<input type="checkbox"/> 39 Taishanés/toishanés	<input type="checkbox"/> 48 Vietnamita
<input type="checkbox"/> 3 Albanés	<input type="checkbox"/> 11 Checo	<input type="checkbox"/> 21 Italiano	<input type="checkbox"/> 31 Rumano	<input type="checkbox"/> 40 Tamil	<input type="checkbox"/> 49 Otro idioma (especifique): _____
<input type="checkbox"/> 4 Amárico	<input type="checkbox"/> 12 Darí	<input type="checkbox"/> 22 Karen	<input type="checkbox"/> 32 Ruso	<input type="checkbox"/> 41 Tailandés	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé
<input type="checkbox"/> 5 Árabe	<input type="checkbox"/> 13 Farsi	<input type="checkbox"/> 23 Coreano	<input type="checkbox"/> 33 Serbio	<input type="checkbox"/> 42 Tibetano	<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> 6 ASL (Lengua de signos estadounidense)	<input type="checkbox"/> 14 Georgiano	<input type="checkbox"/> 24 Mandarín	<input type="checkbox"/> 34 Eslovaco	<input type="checkbox"/> 43 Tigrina	
<input type="checkbox"/> 7 Bengalí	<input type="checkbox"/> 15 Griego	<input type="checkbox"/> 25 Nepalí	<input type="checkbox"/> 35 Somalí	<input type="checkbox"/> 44 Turco	
<input type="checkbox"/> 8 Búlgaro	<input type="checkbox"/> 16 Guyaratí	<input type="checkbox"/> 26 Pastún	<input type="checkbox"/> 36 Español	<input type="checkbox"/> 45 Twi	
	<input type="checkbox"/> 17 Hausa	<input type="checkbox"/> 27 Polaco	<input type="checkbox"/> 37 Suajili	<input type="checkbox"/> 46 Ucraniano	
	<input type="checkbox"/> 18 Hindi	<input type="checkbox"/> 28 Portugués			
2. (a) ¿Nació en Canadá?					
<input type="checkbox"/> 1 Sí					
<input type="checkbox"/> 2 No					
<input type="checkbox"/> 88 No lo sé					
<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder					
(2b) En caso negativo, ¿cuándo llegó?					
<input type="checkbox"/> 1 Hace menos de 5 años		<input type="checkbox"/> 3 Hace 10 años o más		<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> 2 Hace entre 5 y 9 años		<input type="checkbox"/> 88 No lo sé			
3. ¿Se identifica con las Primeras Naciones, los Métis o los Inuk/Inuit? (Marque todas las opciones que correspondan). Esta pregunta se refiere a cómo se identifica (por ejemplo, incluye los términos con estatus o sin estatus)					
<input type="checkbox"/> 1 Primeras Naciones (con o sin estatus)		<input type="checkbox"/> 4 No			
<input type="checkbox"/> 2 Métis		<input type="checkbox"/> 88 No lo sé			
<input type="checkbox"/> 3 Inuk/Inuit		<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder			
4. ¿Cuál es su origen étnico o cultural? Por ejemplo: canadiense, chino, indio oriental, inglés, filipino, francés, alemán, irlandés, italiano, jamaicano, judío, polaco, portugués, escocés, etc.					
<input type="checkbox"/> 1 Especifique _____					
<input type="checkbox"/> 88 No lo sé					
<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder					
5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su grupo racial? (Marque todas las que correspondan, por ejemplo, si es multirracial o mestizo)					

<input type="checkbox"/> 1 Mediorienta, árabe o asiático occidental (por ejemplo, afgano, egipcio, iraní, libanés, persa, turco, kurdo, etc.) <input type="checkbox"/> 2 Negro (por ejemplo, africano, afrocanadiense, afrocaribeño, afroegipcio, etc.) <input type="checkbox"/> 3 Asiático oriental (por ejemplo, chino, coreano, japonés, taiwanés, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Latinoamericano (descendiente de hispanos o latinoamericanos) <input type="checkbox"/> 5 Sudasiático (por ejemplo, bangladeshí, indio, indocaribeño, pakistaní, esrilanqués, etc.)	<input type="checkbox"/> 6 Asiático sudoriental (por ejemplo, filipino, vietnamita, camboyano, tailandés, indonesio, etc.) <input type="checkbox"/> 7 Blanco (por ejemplo, descendiente de europeos) <input type="checkbox"/> 8 Otro grupo racial/étnico (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 9 No aplicable (por ejemplo, se identificó como indígena en la pregunta n.º 3) <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder	
6. (a) ¿Se identifica como una persona con discapacidad?		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 Si lo desea, especifique <input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder	
(6b) ¿Podría beneficiarse del apoyo relacionado con alguna de las siguientes discapacidades? (Marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> 1 Enfermedad de Alzheimer/demencia <input type="checkbox"/> 2 Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> 3 Enfermedad crónica (por ejemplo, anemia falciforme, diabetes, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Discapacidad cognitiva <input type="checkbox"/> 5 Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> 6 Drogodependencia o alcoholismo	<input type="checkbox"/> 7 Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> 8 Enfermedad mental <input type="checkbox"/> 9 Discapacidad física <input type="checkbox"/> 10 Discapacidad sensorial (por ejemplo, visión deficiente, ceguera, sordera, problemas de audición, etc.) <input type="checkbox"/> 11 Otra (especifique) _____	<input type="checkbox"/> 12 Ninguna <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
7. ¿Qué sexo le asignaron al nacer? (Marque una opción)		
<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <input type="checkbox"/> 3 Intersexual <input type="checkbox"/> 88 No lo sé		

<input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
8. ¿Cuál es su identidad de género? (Marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> 1 Género fluido o cuigénero <input type="checkbox"/> 2 Hombre <input type="checkbox"/> 3 Género no binario <input type="checkbox"/> 4 Dos espíritus <input type="checkbox"/> 5 Mujer	<input type="checkbox"/> 6 Tengo dudas <input type="checkbox"/> 7 Otra identidad de género (especifique) _____ <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder	
9. ¿Se identifica como transgénero? Transgénero es un término global que se utiliza para describir a las personas cuya identidad de género o expresión de género difiere del sexo que se les asignó al nacer.		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
10. ¿Qué categorías describen mejor su orientación sexual? (Marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> 1 Asexual <input type="checkbox"/> 2 Bisexual <input type="checkbox"/> 3 Demisexual <input type="checkbox"/> 4 Gay <input type="checkbox"/> 5 Lesbiana <input type="checkbox"/> 6 Pansexual	<input type="checkbox"/> 7 Queer <input type="checkbox"/> 8 Tengo dudas <input type="checkbox"/> 9 Amantes del mismo género <input type="checkbox"/> 10 Heterosexual	<input type="checkbox"/> 11 Dos espíritus <input type="checkbox"/> 12 Otra orientación sexual (especifique) _____ <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
11. ¿En la actualidad, tiene dificultades para cubrir sus necesidades básicas?		
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplicable, no tengo que pagar necesidades básicas <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
12. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares totales antes de impuestos el año pasado?		
<input type="checkbox"/> 1 \$0 - \$19,999 <input type="checkbox"/> 2 \$20,000 – \$39,999 <input type="checkbox"/> 3 \$40,000 - \$59,999	<input type="checkbox"/> 4 \$60,000 - \$79,999 <input type="checkbox"/> 5 \$80,000 - \$119,999 <input type="checkbox"/> 6 \$120,000 - \$149,999	<input type="checkbox"/> 7 \$150,000 o más <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
13. ¿A cuántas personas mantienen estos ingresos?		

1 \_\_\_\_\_ personas

88 No lo sé

99 Prefiero no responder

## **Otras preguntas opcionales\***

*\*Estas preguntas no forman parte del conjunto de datos básicos y no son obligatorias.*

1. ¿Cuál es su nivel de estudios actual?	
<input type="checkbox"/> 1 Sin estudios <input type="checkbox"/> 2 Estudios primarios (1.º a 8.º grado) <input type="checkbox"/> 3 Algunos estudios secundarios, sin graduación <input type="checkbox"/> 4 Estudios secundarios o certificado de equivalencia de estudios secundarios (9.º a 12.º grado) <input type="checkbox"/> 5 Certificado o diploma de finalización de aprendizaje registrado o de otro oficio (o en curso)	<input type="checkbox"/> 6 Certificado o diploma universitario, CEGEP u otro certificado o diploma no universitario (o en curso) <input type="checkbox"/> 7 Licenciatura o estudios universitarios <input type="checkbox"/> 8 Título de postgrado o designación profesional (por ejemplo, máster, doctor, médico) <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
2. Responda a las siguientes afirmaciones:	
(a) "En los últimos 12 meses, nos preocupaba que se nos acabaran los alimentos antes de poder comprar o conseguir más".	
<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder	
(b) "En los últimos 12 meses, los alimentos que compramos no nos duraron y no pudimos comprar o conseguir más".	
<input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
3. En los últimos 12 meses, ¿no pudo conseguir medicamentos o suministros médicos, o hizo algo para que duraran más tiempo debido a su costo?	
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplicable, no tuve que adquirir medicamentos ni suministros médicos en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
4. (a) ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?	
<input type="checkbox"/> 1 Vivienda que es de su propiedad o de su familia <input type="checkbox"/> 2 Vivienda que usted o su familia alquila <input type="checkbox"/> 3 Vivienda social, vivienda subsidiada o alquiler adaptado a los ingresos <input type="checkbox"/> 4 Vivienda de apoyo u hogar grupal	<input type="checkbox"/> 5 Centro de cuidados a largo plazo <input type="checkbox"/> 6 Centro penitenciario <input type="checkbox"/> 7 Estancia en casa de otra persona por falta de alternativas <input type="checkbox"/> 8 Indigencia (por ejemplo, vive en un albergue, un lugar público o un vehículo)
(4b) ¿Con quién vive? Marque todas las opciones que correspondan:	
<input type="checkbox"/> 1 Padres o tutores <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/> 7 Amigos o compañeros de piso <input type="checkbox"/> 8 Cuidador o asistente remunerado

<input type="checkbox"/> 3 Hijos <input type="checkbox"/> 4 Abuelos <input type="checkbox"/> 5 Hermanos <input type="checkbox"/> 6 Otra familia	<input type="checkbox"/> 9 Solo <input type="checkbox"/> 10 Otras personas (especifique) _____ <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
(4c) En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar la hipoteca o el alquiler a tiempo?	
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplicable, no tuve que pagar el alquiler ni la hipoteca	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió acudir a citas médicas, a reuniones o al trabajo, o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las opciones que correspondan:	
<input type="checkbox"/> 1 Sí, me impidió acudir a citas médicas o conseguir medicamentos <input type="checkbox"/> 2 Sí, me impidió acudir a reuniones no médicas, a citas o al lugar de trabajo, o conseguir cosas que necesitaba <input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 4 No aplicable, no necesité transporte para estas actividades en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
6. ¿En la actualidad, tiene acceso permanente a un teléfono o a Internet?	
<input type="checkbox"/> 1 Sí, a un teléfono solamente <input type="checkbox"/> 2 Sí, a Internet solamente <input type="checkbox"/> 3 Sí, a ambos	<input type="checkbox"/> 4 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
7. En los últimos 12 meses, ¿dejó de pagar alguna factura de servicios públicos (por ejemplo, electricidad, gas, agua) debido a su costo?	
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplicable, no tuve que pagar facturas de servicios públicos en los últimos 12 meses o los servicios públicos ya están incluidos en el alquiler	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
8. (a) ¿Siente que tiene personas con las que puede sincerarse o en las que puede confiar?	
<input type="checkbox"/> 1 Sí, siempre o a veces <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder
(8b) ¿Tiene personas en quien confiar si necesitara ayuda?	

<input type="checkbox"/> 1 Sí, siempre o a veces <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
9. (a) ¿Trabaja en la actualidad (esto incluye trabajos por cuenta propia, a tiempo completo, a tiempo parcial u otros trabajos)?				
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder				
(9b) ¿Busca trabajo actualmente?				
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
(9c) ¿Su trabajo principal es temporal o a tiempo parcial (por ejemplo, eventual, por contrato, autónomo, de corta duración, estacional)?				
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder				
(9d) ¿Considera que su empleo actual podría verse afectado de manera negativa si planteara inquietudes al respecto (por ejemplo, salud, seguridad, derechos)?				
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder				
(9e) En los últimos 12 meses, ¿sus ingresos cambiaron mucho de un mes a otro?				
<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder				
10. ¿Cuál es su afiliación religiosa o espiritual? Marque todas las opciones que correspondan:				
<input type="checkbox"/> 1 Agnosticismo <input type="checkbox"/> 2 Animismo o chamanismo <input type="checkbox"/> 3 Ateísmo <input type="checkbox"/> 4 Bahaísmo	<input type="checkbox"/> 6 Iglesia ortodoxa <input type="checkbox"/> 7 Cristianismo, no incluido en esta lista <input type="checkbox"/> 8 Confucianismo <input type="checkbox"/> 9 Hinduismo	<input type="checkbox"/> 11 Jainismo <input type="checkbox"/> 12 Judaísmo <input type="checkbox"/> 13 Espiritualidad indígena	<input type="checkbox"/> 16 Movimiento rastafari <input type="checkbox"/> 17 Iglesia católica	<input type="checkbox"/> 21 Zoroastrismo <input type="checkbox"/> 22 Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> 23 No aplicable, no tengo afiliación religiosa o espiritual

<input type="checkbox"/> 5 Budismo	<input type="checkbox"/> 10 Islam	<input type="checkbox"/> 14 Paganismo <input type="checkbox"/> 15 Protestantismo	<input type="checkbox"/> 18 Sijismo <input type="checkbox"/> 19 Espiritualismo <input type="checkbox"/> 20 Unitarismo	<input type="checkbox"/> 88 No lo sé <input type="checkbox"/> 99 Prefiero no responder		
11. ¿En qué idioma prefiere leer la información sobre atención sanitaria? Marque solo una opción.						
<input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Francés <input type="checkbox"/> 3 Amárico <input type="checkbox"/> 4 Árabe <input type="checkbox"/> 5 Bengalí <input type="checkbox"/> 6 Braille	<input type="checkbox"/> 7 Chino (simplificado) <input type="checkbox"/> 8 Chino (tradicional) <input type="checkbox"/> 9 Checo <input type="checkbox"/> 10 Darí <input type="checkbox"/> 11 Farsi <input type="checkbox"/> 12 Griego	<input type="checkbox"/> 13 Hindi <input type="checkbox"/> 14 Húngaro <input type="checkbox"/> 15 Italiano <input type="checkbox"/> 16 Karen <input type="checkbox"/> 17 Coreano	<input type="checkbox"/> 18 Nepalí <input type="checkbox"/> 19 Polaco <input type="checkbox"/> 20 Portugués <input type="checkbox"/> 21 Panyabí <input type="checkbox"/> 22 Ruso	<input type="checkbox"/> 23 Serbio <input type="checkbox"/> 24 Eslovaco <input type="checkbox"/> 25 Somalí <input type="checkbox"/> 26 Español <input type="checkbox"/> 27 Tagalo	<input type="checkbox"/> 28 Tamil <input type="checkbox"/> 29 Tigrña <input type="checkbox"/> 30 Turco <input type="checkbox"/> 31 Twi <input type="checkbox"/> 32 Ucraniano	<input type="checkbox"/> 33 Urdu <input type="checkbox"/> 34 Vietnamita <input type="checkbox"/> 35 Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> 88 Prefiero no responder <input type="checkbox"/> 99 No lo sé