



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.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Africano/Afroamericano/Negro</b><br><input type="checkbox"/> Afroamericano<br><input type="checkbox"/> Africano (especifique) _____<br><input type="checkbox"/> Otro africano/Negro<br>(Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b><br><input type="checkbox"/> Indoasiático/Sudasiático<br><input type="checkbox"/> Chino<br><input type="checkbox"/> Camboyano<br><input type="checkbox"/> Filipino<br><input type="checkbox"/> Japonés<br><input type="checkbox"/> Coreano<br><input type="checkbox"/> Vietnamita<br><input type="checkbox"/> Otro Asiático<br>(Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> <b>Blanco</b><br><b>No Hispano o Latino</b><br><input type="checkbox"/> Europeo del Este<br><input type="checkbox"/> Europeo<br><input type="checkbox"/> Medio Oriente<br><input type="checkbox"/> Ruso<br><input type="checkbox"/> Ucraniano<br><input type="checkbox"/> Otro Blanco/Caucásico<br>(Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Indio Americano o Nativo de Alaska</b><br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indio Americano<br>(Especifique) _____   | <input type="checkbox"/> <b>Otro</b><br>(Especifique) _____  | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ileño del Pacífico</b><br><input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo<br><input type="checkbox"/> Otro Ileño del Pacífico<br>(Especifique) _____  | <input type="checkbox"/> <b>Hispano o Latino</b><br><input type="checkbox"/> Caribeño<br><input type="checkbox"/> Centroamericano<br><input type="checkbox"/> Mexicano/Chicano<br>Mexico Americano<br><input type="checkbox"/> Puertorriqueño<br><input type="checkbox"/> Sudamericano<br><input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino<br>(Especifique) _____                              |   |

3a.) ¿En qué idioma deberíamos escribirle?

- Inglés
- Otro \_\_\_\_\_
- Español
- Ruso

3b.) ¿En qué idioma quiere que hablemos con usted?

- Inglés
- Otro \_\_\_\_\_
- Español
- Ruso

\*4.) ¿Cuál es su orientación sexual?

- Gay o Lesbiana
- Heterosexual
- Indeciso/Inseguro de la orientación sexual
- Bisexual
- Queer
- Otra orientación sexual
- Prefiero no responder
- N/A: Soy un menor que está exento de responder esta pregunta.

**Continúa atrás "**

**PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del programa: \_\_\_\_\_

\*Denota esta pregunta no aplicable para niños menores de 12 años y menores de 18 cuando sea aplicable.



**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  
 N/A: Soy un menor que está exento de responder esta pregunta.

**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  N/A: Soy un menor que está exento de responder esta pregunta.

**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

**10.) ¿Dónde reside?**

- Brooks  Madison  Otro lugar en el Condado  
 Clarksburg  Sacramento (Instalaciones (Especifique) \_\_\_\_\_  
de cuidado residencial)  Fuera del Condado  
 Davis  West Sacramento  Sin Hogar  
 Dunnigan  Winters  
 Esparto  Woodland  
 Guinda  Yolo  
 Knights Landing

**¡Gracias por proporcionar la información para esta encuesta!**