



## Información sobre el participante

**Instrucciones:**

Por favor use un bolígrafo para responder las preguntas en ambos lados de este formulario. Escriba en letra de imprenta. Marque su elección dentro de cada casillero de la siguiente manera:  Esta información es opcional. Le ayudará programa financiadores saber si este programa está llegando a poblaciones diversas y ayuda a las personas con enfermedades crónicas.

Sus iniciales:

1. Año de nacimiento:  O su edad:

2. Cual es su CONDADO: \_\_\_\_\_ (Marion, Deschutes, por ejemplo)

3. Sexo:

Mujer  Hombre  Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Sí  No  No sé

5. Raza (marque todas las que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático o asiático americano
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
- Blanco o caucásico
- Otra: \_\_\_\_\_

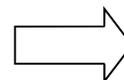
6. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?

- De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
- De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 4 o más años de universidad (universitario graduado)

7. ¿Ahora, usa usted tabaco (cigarros, cigarrillos, tabaco para mascar, etc.)?

Todos los días  Algunos días  Nunca

Siga al dorso



---

## Información sobre el participante – Continuación

---

8. ¿Le dijo alguna vez un proveedor de atención de la salud que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (marque todas las que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's o demencia relacionada                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Reuma / Fibromialgia  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular           |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (Baja densidad ósea)   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria / pulmonar (por ej., EPOC, enfisema, bronquitis) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / sobreviviente   | <input type="checkbox"/> Dolor crónico                       |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad   | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                 |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía  | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica:<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)  | <input type="checkbox"/> Ninguna (sin enfermedades crónicas) |

9. Durante el último año, ayudó o asistió a un amigo o familiar con problemas de salud crónica o incapacidad?

- Sí       No

10. ¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades?

- Sí       No

11. ¿Cuántas personas viven en su hogar (incluyéndose usted)?

(número de personas)

12. ¿Cómo se enteró de este taller? (marque todas las que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico, enfermera u otro proveedor de atención de la salud |   |
| <input type="checkbox"/> Plan seguro de salud                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o religiosa / centro de ancianos  |   |
| <input type="checkbox"/> Trabajo  | <input type="checkbox"/> Periódico / radio / TV |
| <input type="checkbox"/> Amigo / familiar   | <input type="checkbox"/> Internet               |
| <input type="checkbox"/> Línea para dejar el tabaco de Oregón                       |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |