DHS Oregon Department of Human Services

Raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (REALD)

Oregon Health Authority

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y discapacidades para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

1. ¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo *(Braille, letra grande, grabaciones de audio, etc.)*?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder

Si es así, ¿en qué formato? _____

Raza y grupo étnico

2. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

_____

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Indígena americano e Indígena de Alaska

- ☐ Indígena estadounidense
- ☐ Indígena de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense *(First Nation)*
- ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático

- ☐ Indios asiáticos
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Del sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros asiáticos

Negro y afroestadounidense

- ☐ Afroestadounidense
- ☐ Africano *(negro)*
- ☐ Caribeño *(negro)*
- ☐ Otro grupo étnico negro

Hispano o latino

- ☐ Centroamericano
- ☐ Mexicano
- ☐ Sudamericano
- ☐ Hispano o latino de otro origen

Del Oriente Medio/del norte de África

- ☐ Del Oriente Medio
- ☐ Del norte de África

Blanco

- ☐ De Europa del Este
- ☐ Eslavo
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otro grupo étnico blanco

Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

- ☐ Chamorro
- ☐ Guameño
- ☐ Micronesio/de las Islas Marshall/palauano
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Tongano
- ☐ Otras Islas del Pacífico

Otras categorías

- ☐ Otra *(indique)* _____
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

4. Si usted marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que es su identidad racial o étnica **principal**?

- ☐ Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.
- ☐ No. Tengo múltiples identidades raciales o étnicas principales.
- ☐ No. Me identifico como birracial o multirracial.
- ☐ N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

(Para ser llenado por el personal de la DHS/OHA) (To be filled in by DHS/OHA staff)

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. **Contact**:

Program: **Phone:** **Email:**

Imprimir Guardar Reiniciar

Continúa en la página siguiente

Idioma

5. En qué **idioma** desea que:

Hablemos con usted _____

Le **escribamos** _____

Pase a la pregunta 8 si la persona tiene menos de 5 años de edad

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- ☐ Muy bien
- ☐ Bien
- ☐ No bien
- ☐ Nada
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

7a. ¿Necesita un **intérprete** para que nos podamos comunicar con usted?

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

7b. De ser así, ¿qué tipo de intérprete necesita? ***(Marque todas las opciones que correspondan):***

- ☐ Intérprete de idiomas ***(indique)***:

  _____
- ☐ Lenguaje de señas estadounidense
- ☐ Intérprete para sordociegos e intérprete para sordos con barreras adicionales
- ☐ Lenguaje de señas de contacto (inglés Pidgin por señas [PSE, por sus siglas en inglés])
- ☐ Otro ***(indique cuál)***: _____

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.

8. ¿Es usted **sordo/a** o tiene **dificultad seria para oír?**

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

9. ¿Es usted **ciego/a** o tiene **dificultad seria para ver,** incluso cuando usa lentes?

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

10. ¿Alguna **condición física, mental o emocional limita sus actividades** de alguna manera?

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

11a. ¿Qué edad tiene **hoy**? _____

11b. Ingrese la fecha de hoy: _____

Deténgase aquí si la persona tiene menos de 5 años

12. ¿Tiene dificultad seria para **caminar o subir escaleras?**

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

13. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse?**

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

14. Debido a una **condición física, mental o emocional,** ¿tiene dificultad seria para:

a. Concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

b. Hacer los mandados solo/a, por ejemplo, ir a ver al médico o hacer las compras?

- ☐ Sí ☐ No sé
- ☐ No ☐ No deseo responder

Si es así, ¿a qué edad comenzó esta condición? _____