

Quý vị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi này, và câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật. Chúng tôi muốn quý vị cho chúng tôi biết chủng tộc, sắc tộc, ngôn ngữ và tình trạng khuyết tật của quý vị để chúng tôi có thể tìm ra và giải quyết những sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ.

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng những ngôn ngữ khác, bản in chữ khổ lớn, chữ nổi hoặc một định dạng quý vị ưa thích. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 711 (đường dây dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật phát âm). Vui lòng liên _____ lạc _____
Hôm nay là ngày: _____ Số hồ sơ bệnh án (nếu có): _____
Tên: _____ Viết tắt Chữ Cái Đầu Tên Lót: _____ Họ: _____ Ngày sinh: _____

Sắc tộc và Chủng tộc

1. Quý vị xác định chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc bộ lạc, nguồn gốc quốc gia, hoặc tổ tiên của mình như thế nào?

2. Câu trả lời nào sau đây mô tả sắc tộc hoặc chủng tộc của quý vị? Vui lòng đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp.

Người gốc Tây Ban Nha và La tinh

- Người Trung Mỹ
- Người Mê-hi-cô
- Người Nam Mỹ
- Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh khác

Người Bản Địa Hawaii và Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương

- Người Chamoru (Chamorro)
- Người Marshall
- Người thuộc các cộng đồng vùng Micronesia
- Người Bản Địa Hawaii
- Người Samoa
- Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác

Người Da Trắng

- Người Đông Âu
- Người Xla-vơ
- Người Tây Âu
- Người Da Trắng Khác

Người Mỹ Da đỏ và Thổ dân Alaska:

- Người Mỹ gốc Da Đỏ
- Thổ Dân Alaska
- Người É-t-Ki-Mô (Canadian Inuit), Người Lai (Metis) hoặc Người Anh-điêng (Bộ tộc Đầu tiên)
- Người Mê-hi-cô Bản Địa, Người Trung Mỹ hoặc Người Nam Mỹ

Người Da Đen và Người Mỹ Gốc Phi

- Người Mỹ Gốc Phi
- Người Caribe Gốc Phi
- Người Ethiopia
- Người Somali
- Người Châu Phi khác (Da đen)
- Người Da Đen khác

Người Trung Đông/Bắc Phi

- Người Trung Đông
- Người Bắc Phi

Người Châu Á

- Người Ấn Độ gốc Châu Á
- Người Campuchia
- Người Trung Quốc
- Người thuộc các Cộng đồng Myanmar
- Người Phi-Luật-Tân
- Người H'mông
- Người Nhật Bản
- Người Hàn Quốc
- Người Lào
- Người Nam Á
- Người Việt Nam
- Người Châu Á khác

Các chủng tộc khác

- Khác (vui lòng liệt kê) _____
- Không biết
- Không muốn trả lời

3. Nếu quý vị đã đánh dấu **nhiều hơn một** câu trả lời ở trên, có **một** sắc tộc/chủng tộc nào mà quý vị xác định là sắc tộc/chủng tộc **chính** của mình không?

- Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc sắc tộc chính của quý vị ở trên.
- Tôi không có chỉ một chủng tộc hoặc sắc tộc chính.
- Không. Tôi xác định mình là người Hai chủng tộc hoặc Đa chủng tộc.
- Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.
- Không biết
- Không muốn trả lời

(To be filled in by agency or clinic staff)

Agency or clinic: _____

Agency staff or provider name or ID: _____

Phone: _____

Address: _____

Ngôn ngữ (Có thông dịch viên miễn phí)

4a. Quý vị sử dụng (những) ngôn ngữ nào ở nhà?

Sang câu hỏi số 7 nếu quý vị chỉ nói tiếng Anh

4b. Quý vị muốn chúng tôi dùng ngôn ngữ nào **khi liên lạc với quý vị trực tiếp, qua điện thoại hoặc trên mạng?**

4c. Quý vị muốn chúng tôi **gửi thư** cho quý vị bằng ngôn ngữ nào.

5a. Quý vị có cần được **thông dịch viên** hỗ trợ khi chúng tôi có thể liên lạc với quý vị không?

- Có Không Không biết Không muốn trả lời

5b. Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị muốn có thông dịch viên cho ngôn ngữ nào?

- Thông dịch viên ngôn ngữ nói Thông dịch viên cho người mù-điếc và người khiếm thính có thêm rào cản về ngôn ngữ, hoặc cả hai
- Thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ (American Sign Language, hoặc ASL) Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (contact sign language, hoặc PSE)
- Khác (**vui lòng liệt kê**): _____

Bỏ qua câu hỏi 7 nếu quý vị không sử dụng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ngôn ngữ ký hiệu

6. Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào ?

- Rất giỏi Giỏi Không giỏi Hoàn toàn không Không biết Không muốn trả lời

Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi tìm thấy sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ giữa những người có và không có khó khăn về chức năng. Những câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật. (*Vui lòng viết "không biết" nếu quý vị không biết khi nào quý vị mắc phải tình trạng này, hoặc "không muốn trả lời" nếu quý vị không muốn trả lời câu hỏi này.)

Có	*Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?	Không	Không biết	Không muốn trả lời	Tôi không hiểu ý nghĩa của câu hỏi này
----	--	-------	------------	--------------------	--

7. Quý vị có bị **điếc** hay bị **khiếm thính nghiêm trọng** không?

8. Quý vị có bị **mù** hay bị **khiếm thị nghiêm trọng** ngay cả khi đeo kính không?

Vui lòng dừng lại tại đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 5 tuổi

9. Quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng** trong việc **đi bộ hoặc lên xuống cầu thang** không?

10. Do sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng** trong việc **tập trung, ghi nhớ, hiểu, hay ra quyết định** không?

11. Quý vị có gặp **khó khăn** khi **thay quần áo hoặc tắm rửa** không?

12. Quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng** khi **học cách làm những việc mà hầu hết mọi người ở tuổi quý vị có thể học được** không?

13. Khi sử dụng **ngôn ngữ thông dụng (thông thường)** của mình, quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng** trong **giao tiếp** không, (ví dụ: hiểu hoặc được người khác hiểu)?

Vui lòng dừng lại tại đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 15 tuổi

14. Do sức khỏe **thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc**, quý vị có gặp **khó khăn** khi **làm những việc vất vả một mình**, chẳng hạn như đi khám bác sĩ hay đi mua sắm không?

15. Quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng** với những trường hợp sau đây không: **tâm trạng, cảm xúc mạnh mẽ, kiểm soát hành vi, trải qua ảo tưởng hoặc ảo giác?**