



## Encuesta de información del participante

**Instrucciones:** Use una pluma para responder a las preguntas en ambos lados del formulario. Escriba en letra de imprenta legible. Marque su elección dentro de la casilla, de esta manera:

Nombre (**Sólo el Primer Nombre**): \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

		/			/				
Mes			Día			Año			

2. ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--

3. ¿Cuál es su sexo?

Femenino       Masculino

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

Sí       No       Desconocido

5. ¿Cuál es su raza? (*Marque todas las que correspondan*).

- Aborigen de los Estados Unidos u oriundo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Oriundo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco

6. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (*Marque todas las que correspondan*).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia relacionada                                    | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                      |
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad reumática                                       | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/pulmonar (asma, enfisema, bronquitis, etc.) | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer                                    | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (baja densidad ósea)    |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico   | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares         |
| <input type="checkbox"/> Depresión o trastornos de ansiedad                                  | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica: _____       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Ninguna (sin enfermedades crónicas)  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíac  |   |

Dé vuelta a la página ⇨

## Encuesta de información del participante (Continuado)

Nombre (**Sólo el Primer Nombre**) \_\_\_\_\_

7. Durante el año pasado, ¿proporcionó cuidados o atención regular a algún amigo o miembro de la familia que tenga una discapacidad o algún problema de salud de largo plazo?

Sí  No

8. ¿Está limitado en modo alguno en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí  No

9. Hoy, ¿cuántas personas viven en su hogar (incluyéndose)?

--	--

(Número de personas)

10. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?

- Alguno de escuela primaria, media o secundaria  
 Graduado de escuela secundaria  
 Alguno de escuela universitaria o técnica  
 Graduado de la universidad de 4 años o más