

Access, Exchange, and Use of Social Determinants of Health Data in Clinical Notes (SDOH)

Patients and Care Partners Prescreening Questionnaire (Spanish)

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Para efectos del presente formulario, dicho número es 0955-XXXX. Se calcula que el tiempo promedio que se necesita para completar esta recolección de información es de 5 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y revisar y completar la recolección de toda la información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 336-E, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer.

Cuestionario de preselección - Pacientes/cuidadores para participantes de habla hispana

¿Cuál es su nombre?

¿Cuál es su dirección de correo electrónico?

¿Cuál es su teléfono?

¿Cuál es su código postal?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿A qué raza pertenece?

Caucásica

Negra o afroamericana

Indígena estadounidense o nativa de Alaska

Asiática

Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico

Otra opción: _____

Prefiero no responder

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?

Femenino

Masculino

¿Cómo se describe usted?

Mujer

Hombre

Transgénero

No me identifico como mujer, hombre ni transgénero

Prefiero no responder

¿Cuál es su orientación sexual?

Heterosexual

Gay o lesbiana

Bisexual

Prefiero no responder

¿Habla usted otro idioma que no sea inglés en su casa?

Sí

No

[Si la respuesta es "sí"] ¿Habla español en su casa?

Sí

No

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar donde vive?

Zona urbana

Zona suburbana

Zona rural

¿Es usted sordo(a) o tiene una seria dificultad para escuchar?

Sí

No

¿Es usted ciego(a) o tiene una seria dificultad para ver incluso usando anteojos?

Sí

No

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene una seria dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí

No

¿Tiene una seria dificultad para caminar o subir escaleras?

Sí

No

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí

No

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo(a), como ir a las consultas médicas o hacer sus compras?

Sí

No

¿Tiene dos o más enfermedades crónicas?

Sí

No

¿Cuida a un niño menor de 18 años?

Sí

No

¿Cuál fue el ingreso total de su hogar el año pasado?

- A. Entre \$0 y \$24,999
- B. Entre \$25,000 y \$49,999
- C. Entre \$50,000 y \$74,999
- D. Entre \$75,000 y \$99,999
- E. Entre \$100,000 y \$124,999
- F. \$125,000 o más
- G. Prefiero no responder