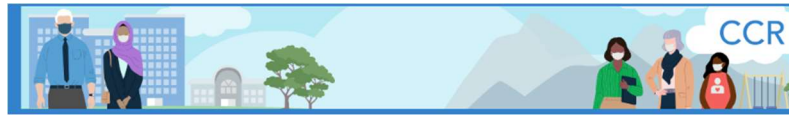


## Attachments 5a – DP21-2109 Community Health Worker (CHW) Survey Spanish (screenshots)

Form Approved

OMB No. XXXX-XXXX

Expiration Date: XX/XX/XXXX



Español (América Latina) ▾

### Encuesta para Promotores de la Salud del proyecto "Promotores de la Salud (CHW por sus siglas en inglés) para respuesta ante el COVID y Comunidades Resilientes"

#### Introducción del proyecto y propósito de esta encuesta

El programa "Promotores de la Salud para Respuesta ante el COVID y Comunidades Resilientes (CCR)" busca apoyar a las comunidades en Estados Unidos más afectadas por el COVID-19 para capacitar y desplegar Promotores de la Salud. Los Promotores de la Salud, también son conocidos como Representantes Comunitarios de la Salud, o como Trabajadores Comunitarios de la Salud. En esta encuesta usaremos el término Promotoras/es para referirnos a todos estos términos.

Sabemos que usted trabaja como Promotor/a en el programa CCR. El objetivo de esta encuesta es comprender las condiciones de trabajo de los/as Promotores/as en el programa CCR y cómo estos Promotores/as han contribuido al programa. Los resultados de esta encuesta pueden ser utilizados para mejorar las políticas y las condiciones de trabajo de los Promotores/as. Los resultados también pueden proporcionar evidencia sobre las contribuciones de las respuestas comunitarias lideradas por Promotores/as para combatir el COVID-19.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), en colaboración con los beneficiarios del programa [CCR-Evaluación y Asistencia Técnica](#) (también conocido por sus siglas en inglés, ETA), están evaluando la implementación y resultados del programa CCR. Esta encuesta le pregunta sobre su trabajo, y sus condiciones de trabajo como Promotor/a en el programa CCR. Su opinión es muy importante para nosotros.

Si al completar la encuesta tiene alguna pregunta sobre su contenido, favor de contactar a Mary-Ellen Brown 520-884-5507/ [maryellen.brown@asu.edu](mailto:maryellen.brown@asu.edu) o Ada Wilkinson-Lee (520) 626-7766 / [adaw@email.arizona.edu](mailto:adaw@email.arizona.edu). Si tiene algún problema técnico al completar la encuesta favor de contactar a Mattea Pezza, (602) 543-1092, [mpezza@asu.edu](mailto:mpezza@asu.edu).

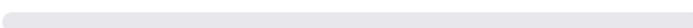
**Por favor responda a esta encuesta basándose en su participación en CCR desde que el programa comenzó en agosto de 2021 o desde que se le contrato para el programa.**

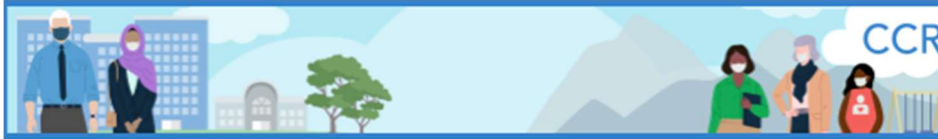
**Completar la encuesta debe tomar aproximadamente 30 minutos.**

**Gracias por su participación.**

El tiempo de trabajo estimado para esta recolección de información es de 30 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, revisar fuentes de información, recolectar datos, completar y revisar la recolección de la información. Ninguna agencia puede administrar o requerir que una persona responda una recolección de información que no incluya un número de control OMB actualizado. Envíe comentarios sobre el tiempo de trabajo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo cualquier sugerencia para reducir el tiempo de trabajo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (XXXX-XXXX).



0%  100%



Español (América Latina) ▼

## Instrucciones y Definiciones

**¿Quién debe completar esta encuesta?** Los promotores/as cuyo salario es financiado completa o parcialmente por los fondos de CCR, ya sea directo por medio de un beneficiario directo de estos fondos, o a través de un subcontratista y que haya trabajado con CCR por un mínimo de un año.

**¿Qué periodo de tiempo está siendo evaluado?** Estamos recopilando información sobre la implementación de CCR desde que comenzó en agosto de 2021 o la fecha en que se le contrató.

**¿A que nos referimos cuando decimos “Promotores de la salud”?** A los trabajadores de salud pública de primera línea que son considerados miembros de confianza en las comunidades a las que sirven y que entienden a fondo la identidad étnica, el idioma, el nivel socioeconómico y las experiencias de vida de estas comunidades (American Public Health Association, 2022). Este título también incluye a las personas que se les ha otorgado el título de “trabajadores comunitarios de la Salud” o “representantes de salud comunitaria”.

**¿A que nos referimos con la palabra “referido”?** Por referido nos referimos a recomendar, y dirigir la atención de los participantes a una fuente de ayuda o información, por ejemplo, para obtener cuidados médicos o servicios sociales, o a conectarles directamente a esos servicios.

### Confidencialidad y Consentimiento

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Si decide participar, puede omitir cualquier pregunta que no desee responder. Toda la información que comparta se mantendrá confidencial y no se asociará con usted por su nombre. Los resultados de la encuesta se mantendrán en un lugar seguro en nuestras oficinas y solo el equipo del proyecto CCR tendrá acceso a las respuestas. La información será analizada y reportada por región geográfica, de tal manera que no se pueda identificar a ninguna persona individual. Los datos desidentificados serán compartidos con el CDC. Los datos colectados por este estudio no serán compartidos con investigadores por de futuras investigaciones.

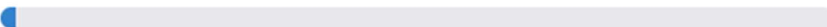
¿Le gustaría completar la encuesta?

Sí, doy mi consentimiento para completar la encuesta

No quiero completar la encuesta

No creo que sea elegible para completar la encuesta



0%  100%



Español (América Latina) ▼

Gracias por su participación. Comencemos!

### Sección 1. Información de la organización donde trabaja

1.1 ¿La organización para la cual usted trabaja es una organización que recibe los fondos del DP21-2109 como parte del programa CCR? *(la organización para la cual usted trabaja es la organización que paga su salario completo o parcialmente y que supervisa su trabajo en las actividades que realiza en CCR)*

Sí

No, mi empleador recibió fondos del beneficiario (organización beneficiaria) de CCR para participar en CCR

No estoy Seguro/a/No se

1.2. Por favor seleccione la organización que recibe los fondos de DP21-2109 como parte del programa CCR para la que usted trabaja

1.3. ¿Cuál es el nombre de la organización para la que usted trabaja? *(es decir, la organización que paga su salario completo o parcialmente y que supervisa su trabajo en las actividades que realiza en CCR)*

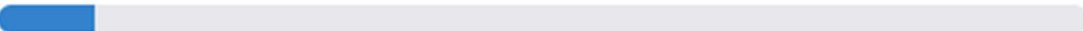
Nombre de la organización:

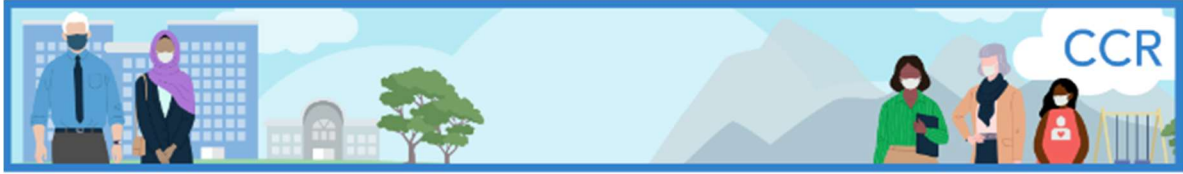
1.4. ¿En que código postal se encuentra la oficina de la organización para la que usted trabaja?

1.5. ¿Qué tipo de organización le contrato para trabajar en las actividades de CCR (es decir, la organización que paga su salario completo o una parte por las actividades de CCR y que supervisa su trabajo)? (Seleccione una opción)

FQHC (Centro de Salud Federalmente Calificado)	Sistema de salud privado	Servicio de Salud Indígena
Centro de Salud/Clínica de atención primaria (que no sea FQHC)	Sistema de salud publico	Departamento de salud tribal
Centro de salud basado en escuela	Hospital	Centro urbano de salud indígena
Clínica de salud rural (no financiada por HRSA)	Departamento de salud local	Universidad
Organización comunitaria	Departamento de salud estatal	Otra organización: (Por favor especifique)
		<input type="text"/>
Proveedor de seguro de salud		



0%  100%



Español (América Latina) ▼

## Sección 2. Entrenamiento de Competencias Fundamentales y Roles de Promotores en CCR

Las once áreas de competencias fundamentales que se enumeran a continuación fueron identificadas por el Proyecto Nacional de Roles y Competencias Fundamentales de los Promotores de Salud (CHW Core Consensus (C3) Project). Puede obtener más información sobre cada una de estos roles y competencias [aquí](#) (en la Tabla 2). Estos roles y competencias son generales de promotores de salud y no son específicos de las actividades de CCR sobre COVID-19.

2.1. En la siguiente tabla, por favor indique aproximadamente cuantas horas de entrenamiento ha recibido dentro de las siguientes áreas de competencias fundamentales desde que comenzó a trabajar en actividades para CCR.

*(Seleccione una opción para cada una de las competencias).*

	0 hrs.	1-5 hrs.	6-10 hrs.	11-20 hrs.	>20 hrs.
Habilidades de comunicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades interpersonales y de desarrollo de relaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades de coordinación y asesoramiento de servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades de desarrollo de capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0 hrs.	1-5 hrs.	6-10 hrs.	11-20 hrs.	>20 hrs.
Habilidades de abogacía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades educativas y de facilitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades de evaluación individual y comunitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades de alcance comunitario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0 hrs.	1-5 hrs.	6-10 hrs.	11-20 hrs.	>20 hrs.
Habilidades profesionales y de conducta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades de evaluación e investigación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Base de conocimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

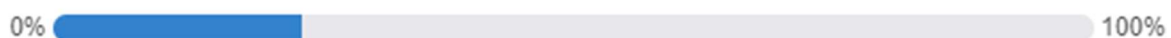
La siguiente pregunta es sobre los **roles** o funciones de los Promotores/as que trabajan en las comunidades y en el sistema de salud. Los diez **roles fundamentales** de los Promotores/as enumerados a continuación fueron identificados por el Proyecto Nacional de Roles y Competencias Fundamentales de los Promotores de Salud (C3 Project). Puede obtener más información sobre cada uno de estos roles en [este enlace](#) (en la Tabla 1).

2.2. En la siguiente tabla, por favor indique con qué frecuencia usted asume los siguientes roles fundamentales como promotor/a en la implementación de CCR. (Seleccione una opción para cada rol).

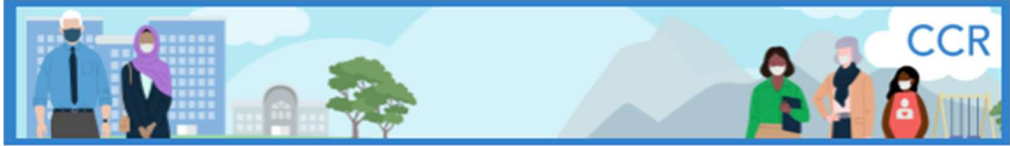
	A menudo	A veces	Nunca
<a href="#">Mediación cultural entre individuos, comunidades, y sistemas de servicio de salud y social</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Educación e información en materia de salud que sea culturalmente apropiada</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Coordinación de atención, gestión de casos, y navegación del sistema</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Provisión de asesoría y apoyo social</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Abogacía para individuos/as y comunidades</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	A menudo	A veces	Nunca
<a href="#">Desarrollo de capacidades individuales o comunitarias</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Provisión/Prestación de servicios directos</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Asesoría individual y de comunidades</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Alcance o extensión de la comunidad (divulgación)</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<a href="#">Participación en evaluación e investigación</a>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.3. ¿Ha capacitado o ha recibido capacitación por otros promotores/as como parte de un modelo de "capacitación de capacitadores" ("train the trainer" o ToT por sus siglas en inglés) en su programa de CCR?

Sí
  No







Español (América Latina) ▼

### Sección 3. Participantes referidos a servicios sociales y de salud

3.1. ¿Tiene acceso a los registros o base de datos de los participantes (*por ejemplo, nombres, dirección, número de teléfono*) a los cuales provee servicios, para darle seguimiento o contactarlos si es necesario?

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

*Para las siguientes dos preguntas, por favor piense en que le facilitó o dificultó, el poder referir participantes a servicios sociales o de salud durante la implementación de CCR.*

3.2. Por favor indique cuales de los siguientes le han ayudado, como promotor/a, para poder referir participantes a servicios sociales y de salud durante la implementación de CCR. (*Elija todas las opciones que apliquen*).

- Existencia de servicios disponibles
- Políticas/reglamentos estatales que apoyan a que promotores/as puedan referir participantes a servicios de salud y sociales.
- Existencia de servicios culturalmente apropiados
- Existencia de servicios en el idioma adecuado
- Programas informáticos necesarios para referir y darle seguimiento a los participantes referidos
- Conocimiento acerca de las opciones que tiene para referir participantes en el programa
- Apoyo por parte de su supervisor/a
- Conexión con otros promotor/as
- Disponibilidad de tiempo para referir pacientes
- Otro: (por favor escriba una respuesta)

3.3. Por favor indique cuales de los siguientes le han dificultado, como promotor/a, poder referir participantes a servicios sociales y de salud durante la implementación de CCR. (Elija todas las opciones que apliquen).

Falta de disponibilidad de servicios de salud y/o sociales en la comunidad

Políticas/reglamentos estatales que no permiten a promotores/as poder referir participantes a servicios de salud y sociales

Falta de confianza de la comunidad en la organización que provee el servicio

Falta de servicios culturalmente apropiados

Falta de servicios en el idioma adecuado

Falta de programas informáticos necesarios para referir participantes

Falta de conocimiento acerca de las opciones que tiene para referir participantes en el programa

Falta de apoyo por parte de su supervisor/a

Falta de conexión con otros promotor/as

Falta de tiempo para referir participantes

Otro: (por favor escriba una respuesta)



3.4. Por favor indique cuales de los siguientes facilitadores han ayudado a las personas poder USAR los servicios sociales y de salud a los cuales usted les refirió durante la implementación de CCR. *(Elija todas las opciones que apliquen).*

Existencia de servicios disponibles

Existencia de servicios disponibles culturalmente apropiados

Existencia de servicios en el idioma adecuado

Acompañamiento de promotor/a para acceder el servicio

Ayuda para pagar u obtener cobertura para el servicio

Asistencia para transporte al servicio

Otro: (escriba respuesta)

3.5. Por favor indique cuales de las siguientes respuestas le dificultó a las personas poder USAR los servicios sociales y de salud a los cuales usted les refirió durante la implementación de CCR. (Elija toda opción que aplique).

Falta de servicios disponibles que sean culturalmente apropiados

Falta de servicios en el idioma adecuado

Desconfianza en las organizaciones proporcionando servicios sociales y de salud

Costo del servicio y/o la falta de seguro

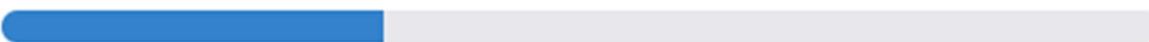
Falta de transporte

Falta de servicio de guardería

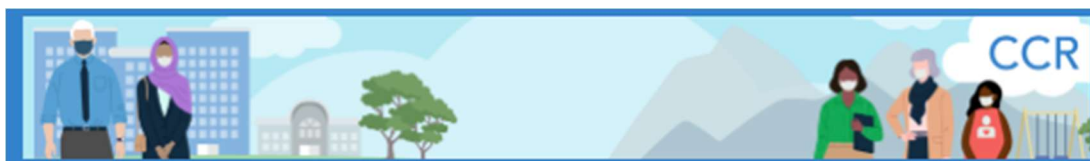
Otro: (escriba respuesta solamente si aplica, por favor no incluya "N/A" o "Ninguno")



0%



100%



Español (América Latina) ▼

#### Sección 4. Integración de Promotor/a en el Equipo de Servicio de Salud y Social

4.1. Pensando en los otros proveedores de asistencia médica, servicio social, y/o educación con quienes trabaja en CCR, por favor indique que tan de acuerdo o desacuerdo esta con las siguientes frases:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me siento aislado/a de ellos a causa de mi raza/origen étnico o cultura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que soy la única voz que representa mi raza/origen étnico o cultura entre ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ellos entienden mis funciones y lo que hago como promotor/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento en confianza de hablar con ellos sobre las necesidades de los participantes /clientes/pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento rechazado/a o subestimado/a por ellos a causa de mi origen racial/origen étnico o cultural.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que forman suposiciones de mí basadas en mi raza/origen étnico o cultura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.2. Pensando en su trabajo como promotor/a en la implementación de CCR, por favor indique que tan de acuerdo o desacuerdo esta con las siguientes frases:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Como parte de mi trabajo, he identificado las personas u organizaciones que influyen cambio en mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como parte de mi trabajo, la gente que influye cambio en mi comunidad busca mi opinión y participación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como parte de mi trabajo, soy miembro de uno o más grupos/organizaciones que desarrollan y /o promulgan políticas para mi comunidad, ciudad, condado, estado o tribu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi empleador/supervisor apoya mi participación en el desarrollo de políticas durante mis horas de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy miembro de uno o más grupos que influyen política en mi organización de empleo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo creo que como promotor/a, he influenciado política en mi organización o comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.3. ¿Actualmente está trabajando de manera remota, o tiene que ir en persona a una oficina dentro de la organización para la que trabaja para CCR?

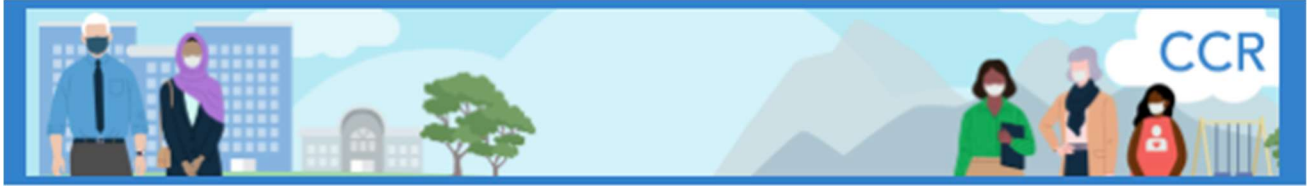
Trabajo de forma remota

Voy en persona a una oficina dentro de la organización para la que trabajo

4.5. Que tan involucrado está con las siguientes actividades:

	Muy involucrado	Algo involucrado	Nada involucrado
En una o más de una organización o red local, estatal, regional o nacional de promotores/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En desarrollo de políticas de asociaciones y redes locales, estatales, regionales o nacionales para promotores/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Español (América Latina) ▼

## Sección 5. Remuneración y prestaciones como promotor/a

5.1. ¿Actualmente, cuál es su salario por hora o anual? *(Indique una, pero no ambas opciones).*

Salario por hora	<input type="text"/>
Salario anual	<input type="text"/>

5.2. ¿Usualmente cuantas horas por semana trabaja en actividades de CCR? Incluya todo el trabajo relacionado con CCR, como trabajo con la comunidad, actividades administrativas y papeleo de CCR, etc. *Si trabaja una cantidad diferente de horas cada semana, proporcione la cantidad promedio de horas que **normalmente** trabaja en actividades de CCR por semana.*

5.3. ¿Su empleador actualmente le ofrece los siguientes beneficios o prestaciones? (Por favor, marque todas las opciones que apliquen)

Seguro de salud	Prestación por riesgo
Seguro dental	Pago por horas extra
Seguro de discapacidad	Subsidio/reembolso de gastos educativos
Licencia/permiso familiar	Fondos para desarrollo profesional (p. ej. fondos u horas pagadas por participar en asociaciones profesionales externas y asistir a conferencias y entrenamientos)
Licencia de enfermedad	Oportunidades de desarrollo profesional (internas)
Vacaciones	Ajuste por costo de vida (COLA, sus siglas en inglés)
Reembolso de transporte y millaje	Programa de asistencia para empleados
Fondo de jubilación/pensión	Subsidio/reembolso de plan de teléfono celular
Bonos	Subsidio/reembolso de servicio de internet



5.4. ¿Es usted elegible a ascender de puesto con aumento de salario en su trabajo?

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
--------------------------	--------------------------	---

5.5. ¿Le gustaría ver cambios en los beneficios que recibe (o no recibe) como parte de su empleo como CHW?

	Sí	No
Me gustaría tener cambios en mi nivel de pago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustaría tener cambios en los beneficios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quisiera cambios de horario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustaría tener oportunidad de decidir si puedo trabajar medio tiempo o tiempo completo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





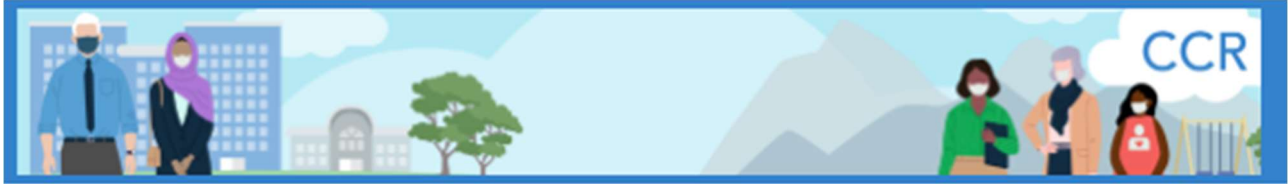
Español (América Latina) ▼

### Sección 6. Supervisión de Promotor/a

6.1. Referente a la persona que considera como su supervisor principal para su trabajo de CCR en los últimos 30 días, por favor indique que tan de acuerdo o desacuerdo esta con las siguientes frases:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi supervisor aprecia mi rol como promotor/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi supervisor aboga por el rol de los promotor/as frente a la administración superior (aquellos puestos con un rango superior al de mi supervisor).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi supervisor ha participado en entrenamientos sobre la profesión de promotor/as.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi supervisor apoya mi crecimiento profesional (p. ej. animándome a menudo y/o aceptando mis sugerencias dentro de las sesiones de supervisión para aprovechar oportunidades de participación en entrenamientos, conferencias, desarrollo de habilidades de liderazgo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mi supervisor entiende los puntos fuertes y necesidades de las comunidades que servimos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi supervisor entiende que el mejorar la salud requiere de abordar el racismo y otras formas de opresión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi organización, los promotores son parte de los comités de contratación cuando para supervisores de promotores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Español (América Latina) ▼

### Sección 7. Poblaciones de Enfoque

7.1a. Por favor, seleccione las poblaciones de enfoque/comunidades con las que trabaja para la implementación de las actividades de CCR. *Elija toda opción que aplique.*

Comunidades raciales/étnicas (Elija todas las opciones que apliquen).

Hispana/Latina	Afrocaribeña
Nativa de Hawái / Otras islas del Pacífico	Africana
Blanca	Del Medio Oriente
Nativa Americana/Nativa de Alaska	Asiática
Afroamericana/Negra	No mencionada. Por favor especifique:
	<input type="text"/>

7.1b. Por favor, seleccione las poblaciones de enfoque/comunidades con las que trabaja para la implementación de las actividades de CCR. *Elija toda opción que aplique.*

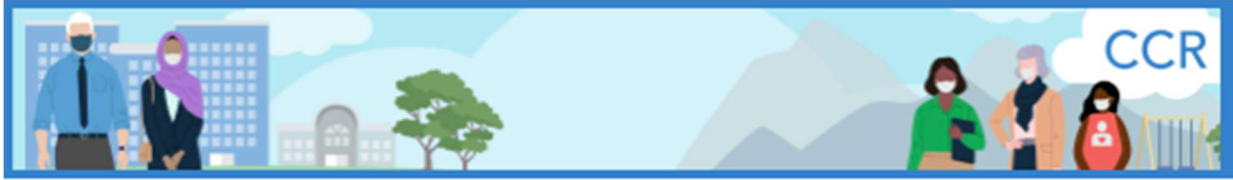
Comunidades definidas de otras maneras (Elija todas las opciones que apliquen).

Hombres	Personas dentro de sistema judicial
Mujeres	Personas con falta de vivienda
Personas de género no conforme/ no binarie/ transgénero/gente de dos espíritus	Personas con discapacidades psiquiátricas o de salud mental
Personas LGBTQ+	Personas con trastornos por consumo de sustancias
Personas mayores (65 años o más)	Personas que no hablan inglés
Niños	Personas con discapacidades físicas
Personas con desventajas económicas	No mencionada. Por favor especifique:
	<input type="text"/>

7.2. ¿Se considera un miembro de las poblaciones o comunidades con las que trabaja?

Sí	No
----	----





Español (América Latina) ▼

**Sección 8. Características de Promotor/a que trabajan en CCR**

8.1. ¿Por cuantos años ha sido promotor/a?

Años

Meses

8.2 ¿Por cuánto tiempo ha trabajado con su organización para CCR? Por favor indique el número de años y meses.

Años

Meses

8.3 ¿Cuál de las siguientes describe su identidad racial u origen étnico? (Por favor, marque todas las opciones que apliquen)

<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a/x	<input type="checkbox"/> Africano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / otras islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Del Medio Oriente
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativos Americanos/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> No mencionada. Por favor especifique:
	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro	<input type="checkbox"/> No quiero responder
<input type="checkbox"/> Afrocaribeño	

8.4 ¿De cuáles otras comunidades es miembro? (Por favor, marque todas las opciones que apliquen)

Hombres	Personas con falta de vivienda
Mujeres	Personas con discapacidades psiquiátricas o de salud mental
Personas de género no conforme/no binarie/transgénero	Personas con trastornos por consumo de sustancias
Personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, queer o personas de otra identidad sexual (LGBTQ+)	Personas que no hablan inglés
Personas mayores (65 años o más)	Personas con discapacidades
Personas con desventajas económicas	No mencionada. Por favor especifique:
	<input type="text"/>
Personas dentro de sistema judicial	No quiero responder







Muchísimas gracias por su tiempo en participar en esta encuesta.

Por favor tenga en cuenta que, al escribir esta encuesta, hemos intentado usar lenguaje positivo y afirmativo. Pedimos disculpas por cualquier lenguaje que pueda causar algún daño o tener efectos negativos. Si desea enviarnos comentarios o tiene alguna pregunta relacionada con esta encuesta, comuníquese con Mary-Ellen Brown al 520-884-5507 / [maryellen.brown@asu.edu](mailto:maryellen.brown@asu.edu).

FIN DE ENCUESTA

