

## PRAPARE: Protocolo para Responder y Evaluar los Riesgos y las Experiencias de los Pacientes

### Características Personales

1. ¿Es hispano, latino o de origen español?
  - Sí
  - No
  - Prefiero no responder a esta pregunta
  
2. ¿Cuál es su raza? Marque todo lo que sea aplicable:
  - Asiático
  - Nativo de Hawaii
  - De las Islas del Pacífico
  - Negro/Afro Americano
  - Indio de los Estados Unidos / Nativo de Alaska
  - Blanco
  - Otro (por favor escríbalo) \_\_\_\_\_
  - Prefiero no responder a esta pregunta
  
3. En cualquier momento en los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola ha sido el ingreso principal de su familia?
  - Sí
  - No
  - Prefiero no responder a esta pregunta
  
4. ¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?
  - Sí
  - No
  - Prefiero no responder a esta pregunta
  
5. ¿Con cuál idioma se siente más cómodo hablando?
  - Inglés
  - Español
  - Idioma aparte del Inglés (por favor escríbalo): \_\_\_\_\_
  - Prefiero no responder a esta pregunta

### Familia y Hogar

6. ¿Cuántos miembros de su familia principal viven con usted? (incluido usted mismo)  
\_\_\_\_\_
  - Prefiero no responder a esta pregunta
  
7. ¿Cuál es su situación actualmente de su vivienda?
  - Tengo vivienda
  - No tengo vivienda (viviendo con otros, en un hotel, en un albergue, viviendo en la calle, en una playa, en un carro, o en un parque)
  - Prefiero no responder a esta pregunta.
  
8. ¿Le preocupa que pudiera perder su vivienda?
  - Sí
  - No
  - Prefiero no responder a esta pregunta

9. ¿Cuál es su dirección de hogar? (incluya la calle y el código postal)

- 
- Prefiero no responder a esta pregunta

### **Dinero y Recursos**

10. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha completado?

- Escuela primaria  
 Preparatoria  
 Colegio, Universidad, o colegio técnico  
 Prefiero no responder a esta pregunta

11. ¿Cuál es su situación laboral actualmente?

- Desempleado y buscando empleo  
 Trabajo tiempo parcial o temporal (no agrícola)  
 Trabajo tiempo completo
- Desempleado (ej. estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor escríbalo: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder a esta pregunta

12. ¿Cuál es su aseguranza médica?

- Ninguno/no asegurado  
 Medicaid  
 CHIP Medicaid  
 Medicare  
 Otra aseguranza pública (No CHIP)
- Otra aseguranza pública (CHIP)  
 Aseguranza privada  
 Prefiero no responder a esta pregunta

13. ¿Cuál fue el ingreso de su familia el año pasado? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio.

- 
- Prefiero no responder a esta pregunta

14. Actualmente o en el año pasado, ¿usted o alguna persona en su hogar tuvieron que privarse de algo que realmente se necesitaba? Marque todo lo que sea aplicable.

- Alimentos  
 Ropa  
 Servicios públicos  
 Cuidado infantil  
 Medicina o cualquier cuidado de salud (medico, dental, salud mental, vision)
- Teléfono  
 Otro. Por favor escríbalo: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder a esta pregunta

15. ¿La falta de transportación le ha impedido ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo, o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las que aplican)

- Sí, me ha impedido ir a citas médicas o a recoger mis medicamentos  
 Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo, o conseguir cosas que necesito  
 No  
 Prefiero no responder a esta pregunta

### **Salud Social y Emocional**

16. ¿Con qué frecuencia convive o conversa con personas por las que se preocupa y son cercanas a usted? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o reuniones)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana | <input type="checkbox"/> Más de 5 veces por semana             |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana      | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> de 3 a 5 veces por semana   |  |
17. Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso o no puede dormir en la noche porque su mente está preocupada. ¿Usted se siente estresado?
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Para nada  | <input type="checkbox"/> Algunas veces                         |
| <input type="checkbox"/> Bastante   | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> Un poquito |  |
| <input type="checkbox"/> Mucho      |  |

### **Preguntas Opcionales**

18. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, una prisión, un centro de detención, o en un centro correccional juvenil?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sí                                    |
| <input type="checkbox"/> No                                    |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |

Si su respuesta fue sí, ¿qué fecha fue liberado?

---

19. ¿Usted es un refugiado?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sí                                    |
| <input type="checkbox"/> No                                    |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |
20. ¿Se siente físico o emocionalmente seguro donde vive actualmente?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sí                                    |
| <input type="checkbox"/> No                                    |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro                       |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |
21. ¿El año pasado, tuvo miedo de su pareja o ex-pareja?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí              | <input type="checkbox"/> En el año pasado no tuve pareja       |
| <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro |  |