

Active Choices (Encuesta Inicial/ Pre-Survey)

Número o nombre del participante (*Name*): _____

ID del taller (*Workshop ID*): _____ Nombre del lugar (*Site*): _____

Fecha de inicio del taller (*Start Date*): ____ / ____ / ____ (por ejemplo, 05/01/23)

Nombre del programa:

Active Choices

1. ¿Cómo te enteraste de este taller? (*How did you hear about the class?*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico o miembro de mi equipo de cuidados médicos (<i>Physician</i>) | <input type="checkbox"/> Feria de salud/ evento comunitario (<i>Fair</i>) |
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros (<i>Insurance Co.</i>) | <input type="checkbox"/> Comedor comunitario/ entrega de comidas a domicilio (<i>Congregate Meal</i>) |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria (<i>Community Org.</i>) | <input type="checkbox"/> Sesión informativa/ presentación (<i>Info Session</i>) |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de cuidados médicos (<i>Care Coord.</i>) | <input type="checkbox"/> Correo electrónico (<i>Email</i>) |
| <input type="checkbox"/> Familiar/amigo (<i>Family member/ friend</i>) | <input type="checkbox"/> Boletín/ comunicación masiva (<i>Newsletter</i>) |
| <input type="checkbox"/> Volante (<i>Flyer</i>) | <input type="checkbox"/> Anuncio impreso/ periódico (<i>Print News</i>) |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Radio/ podcast |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Institución religiosa (<i>Religious Institution</i>) |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> Otro (<i>Other</i>): _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras redes sociales (<i>Social media</i>) | |

2. ¿Tu médico u otro proveedor de atención médica te sugirió tomar este taller? (*Dr. Suggested*)

- Sí (*Yes*) No

3. ¿Cuántos años tienes? (*Age*) _____ Años

4. ¿Vives solo(a)? (*Live Alone*) Sí No

5. ¿Eres de origen hispano, latino o español? (*Ethnicity*) Sí No

6. ¿Cuál es tu raza? **Marca todas las que correspondan.** (*Race*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (<i>American Indian or Alask Native</i>) | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo u otro isleño del Pacífico (<i>Native Hawaiian or Pacific Islander</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asiático (<i>Asian</i>) | <input type="checkbox"/> Blanco (<i>White</i>) |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (<i>Black</i>) | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza (especifique): _____ |

7. ¿Cuál es tu género actual? **Selecciona UNO.** (*Current Gender*)

- Hombre (*Man*)
- Mujer (*Woman*)
- Non-binario (*Non-binary*)
- _____ (Por favor, especifique)
- Prefiero no responder (*Prefer not to answer*)

8. ¿Te consideras transgénero? (*Transgender*)

- Sí
- No
- Prefiero no responder (*Prefer not to answer*)

9. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de ti mismo(a)? **Seleccione UNO.** (*Sexual Orientation*)

- Lesbiana o gay (*Lesbian or gay*)
- Heterosexual, es decir, no gay o lesbiana (*Straight*)
- Bisexual
- Dos espíritus (*Two-Spirit*)
- Utilizo un término diferente (*Use different term*)
- (Por favor especifique) _____
- No se (*Don't know*)
- Prefiero no responder (*Prefer not to answer*)

10. ¿Cuál es el grado o nivel de escolaridad más alto que has cursado? (*Education Level*)

<input type="checkbox"/> Algo de primaria, secundaria o preparatoria (<i>Some Elementary or HS</i>)	<input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela técnica (<i>Some college or technical</i>)
<input type="checkbox"/> Preparatoria o GED (<i>High School or GED</i>)	<input type="checkbox"/> Universidad (4 años o más) (<i>College 4 yrs+</i>)

11. ¿Alguna vez has servido en el ejército? (*Military*) Sí No

12. Durante el año pasado, ¿brindaste cuidado o asistencia a un amigo o familiar que tiene un problema de salud a largo plazo o alguna discapacidad? (*Caregiver*) Sí No

13. En general, ¿dirías que tu salud es?: (*General Health*)

- Excelente (*Excellent*)
- Muy buena (*Very Good*)
- Buena (*Good*)
- Estable (*Fair*)
- Mala (*Poor*)

14. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica te ha dicho que tienes alguna de las siguientes condiciones crónicas (es decir, una que ha durado tres meses o más)? **Escribe una X para indicar si tu respuesta es Sí o No.** (*Chronic Conditions*)

	SÍ	NO		SÍ	NO
Enfermedad del Alzheimer u otra demencia (<i>Alzheimer's</i>)			Dolor crónico (<i>Chronic Pain</i>)		
Trastorno de ansiedad (<i>Anxiety</i>)			Depresión (<i>Depression</i>)		

