

Con el fin de atender mejor las necesidades de todas las personas en Oregon, les pedimos que llene el siguiente cuestionario REALD (*Raza, etnia, idioma y discapacidad*). Los campos del cuadro de abajo son OBLIGATORIOS, pero todas las demás preguntas son opcionales. Esperamos que se tome un momento para completar, gracias.

**Si ha respondido a estas preguntas en los últimos 365 días, no es necesario que las complete de nuevo.*

Fecha de hoy: _____

Lugar del evento: _____

Nombre completo: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si menores de 18 años, nombre de padre/tutor:

Nombre completo: _____

Apellido: _____

Genero al nacer: M F X O R U
(circulo uno)

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Condado: _____

Número de teléfono: _____

ELEGIR NO CONTINUAR: Todos los pacientes deben completar la información anterior. Si elige no continuar llenando esta la información deténgase aquí.

(marque el circulo)

Detalles clínicos

¿Tiene síntomas de COVID-19?

Si o No (circulo uno)

Fecha de inicio del síntoma: _____

Síntomas (Marque todos los que correspondan):

__ Dificultad para respirar __ Tos __ fiebre

__ Dolor muscular __ Dolor de garganta

__ Nausea __ Escalofríos __ Dolor de cabeza

__ Pérdida del sentido del gusto __ Diarrea

__ Congestión nasal __ Vómitos

__ Falta de aire __ Pérdida del sentido del olor

__ secreción nasal (moquera) __ Fatiga

__ Fiebre de 100.4F o más

Expuesto a Riesgo:

¿Esta el paciente cerca de un caso de COVID19 conocido?

Si o No (marque uno)

Información adicional: _____

Detalles de las pruebas:

¿Es esta su primera prueba de COVID19?

Si o N (marque uno)

¿Es usted miembro tribal? Si o No (maque uno)

¿Es usted elegible para los servicios de IHS, Clínicas de las Tribus o UIHP? Si o No (marque unos)

Preguntas continúan en la siguiente página 

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. Por favor comuníquese con _____ a _____
 Fecha de hoy: _____ Número de expediente médico (si corresponde): _____
 Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanca

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

Asiática

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Otras categorías

- Otra (indique) _____
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- No deseo responder

(To be filled in by agency or clinic staff)

Agency or clinic: _____ Agency staff or provider name or ID: _____
 Phone: _____ Address: _____

Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo)

4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar**? _____

Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés

4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en **persona, por teléfono o virtualmente**? _____

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos**? _____

5a. ¿Necesita o desea un **intérprete** para que podamos comunicarnos con usted?

- Sí No No sé No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

- Intérprete de lenguaje hablado Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
 Intérprete de lengua de señas Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés) estadounidense
 Otros (*por favor, mencione*): _____

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien Bien No bien Nada No sé No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. (*Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder la pregunta)		Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
7.	¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír ?						
8.	¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver , aunque lleve puestos lentes?						
Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años							
9.	¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras ?						
10.	Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones ?						
11.	¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse ?						
12.	¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender ?						
13.	Cuando usa su idioma habitual (de costumbre) , ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?						
Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años							
14.	Debido a una afección física, mental o emocional , ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a) , como visitar un consultorio médico o ir de compras?						
15.	¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones ?						