

# ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE PARTICIPANTES

El Condado de San Mateo está comprometido a servir a comunidades diversas. Sus respuestas nos ayudarán a entender a quiénes servimos y lo que aún necesitamos mejorar. Toda la información es completamente **VOLUNTARIA** y **CONFIDENCIAL**.

1. **Edad:**  De 0 a 15 años  De 16 a 25 años  De 26 a 59 años  Más de 60 años  No quiero decirlo.
2. **Idioma principal que habla: (seleccione UNA OPCIÓN)**  
 Inglés  Español  Mandarín  Cantonés  Tagalo  
 Ruso  Samoano  Tongano  Otro idioma: \_\_\_\_\_
3. **Raza/origen étnico: (seleccione todas las opciones que correspondan)**  
 Indígena estadounidense, nativo de Alaska o indígena  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco o caucásico  
 Indígena de Asia/asiático del sur  Caribeño  Chamorro  Africano  
 Camboyano  Centroamericano  Fiyiano  Europeo oriental  
 Chino  Mexicano/chicano  Samoano  Europeo  
 Filipino  Puertorriqueño  Tongano  Oriente Medio  
 Japonés  Sudamericano  
 Coreano  
 Vietnamita  Otra raza/origen étnico: \_\_\_\_\_
4. **Sexo asignado al nacer: (seleccione UNO)**  Masculino  Femenino  No quiero decirlo.
5. **¿Se le ha diagnosticado alguna condición intersexual?**  Sí  No  No quiero decirlo.
6. **Identidad de género: (seleccione todas las que correspondan)**  
 Masculino/hombre/hombre cisgénero  Se cuestiona o no está seguro de su identidad de género  
 Femenino/mujer/mujer cisgénero  Queer/género fluido/no es exclusivamente femenino o masculino  
 Mujer a hombre (MaH)/hombre transgénero/hombre transexual/transmasculino/hombre  Identidad de género indígena: \_\_\_\_\_  
 Hombre a mujer (HaM)/mujer transgénero/mujer transexual/transfemenina/mujer  Otra identidad de género \_\_\_\_\_  
 No quiero decirlo.
7. **Orientación sexual: (seleccione todas las que correspondan)**  
 Gay, lesbiana u homosexual  Queer  Se cuestiona o no está seguro de su orientación sexual  
 Heterosexual  Pansexual  Orientación sexual indígena: \_\_\_\_\_  
 Bisexual  Asexual  Otra orientación sexual: \_\_\_\_\_  No quiero decirlo.
8. **¿Tiene alguna discapacidad o dificultad de aprendizaje, sin incluir o que no sea resultado de condiciones de salud mental? (seleccione todas las opciones que correspondan)**  
 Dificultad para ver  Demencia  Discapacidad física o motriz  No tengo alguna discapacidad  
 Dificultad para escuchar o para entender el habla  Discapacidad del desarrollo  Condición de salud crónica  Otra discapacidad: \_\_\_\_\_  
 Discapacidad de aprendizaje  No quiero decirlo.
9. **¿Representa a alguno de los siguientes grupos? (seleccione todas las opciones que correspondan)**  
 Consumidor o cliente de salud del comportamiento  Cumplimiento de la ley  Otro grupo: \_\_\_\_\_  
 Familiar de un consumidor o cliente  Indigente  
 Proveedor de servicios de salud del comportamiento  Estudiante  
 Proveedor de servicios sociales y de salud  Miembro de la comunidad  No quiero decirlo.
10. **¿Usted es veterano?**  Sí  No  No quiero decirlo.
11. **¿En qué ciudad del Condado de San Mateo vive, trabaja o a cuál representa?** \_\_\_\_\_



**¡Gracias por responder esta encuesta!**

Revisado el 11/28/2018



Behavioral Health  
& Recovery Services