

La información recolectada solo será utilizada dentro de la red de despensas del Banco de Comida de Oregon y permanecerá anónima para terceros. Esta información no se compartirá con el gobierno ni se utilizará para restringir los servicios que usted recibe. Somos un proveedor con igualdad de oportunidades. No se le negará ningún servicio si usted decide no proporcionar la información adicional. Gracias por su ayuda.

a. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo acceso al Banco de Comida? Fecha: _____
(Puede dar una fecha estimada)

b. Apellido: _____ c. Nombre: _____

d. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa) e. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? Sí No

f. Género: Femenino ⁰² Masculino ⁰¹ Transgénero ⁰³ Otro ⁰⁵ Sin respuesta ⁰⁴

g. Estado Civil: Soltero ⁰² Pareja de unión consensual o de hecho Separado ⁰³
 Casado ⁰⁵ (Common-law) ⁰² Viudo ⁰⁷ Sin respuesta ⁰⁴
 Divorciado ⁰⁶

h. Dirección: _____

i. Dirección (Línea 2): _____ j. Condado: _____

k. Ciudad: _____ l. Estado: _____ m. Código postal: _____

Sin dirección fija/ Sin repuesta

n. ¿Cuál es tu tipo de vivienda actual? (Elija solo una opción)

Campamento ⁰¹ Vehículo ⁰⁶ Casa propia ¹¹
 Casa de transición ⁰² Centro de calentamiento ⁰⁷ Casa de renta privada/ renta ¹²
 Casa móvil ¹⁶ Albergue de emergencia/de Vivienda pública (social) ¹³
 Motel/Hotel ⁰³ transición/misión ⁰⁸ Con familia/amigos ¹⁴
 Instalación residencial de tratamiento Evacuado ⁰⁹ Hogar / Albergue para jóvenes ¹⁵
o vivienda supervisada ⁰⁴ Desalojado ¹⁰ Sin respuesta ⁰⁵

o. Dirección de correo electrónico: _____

p. Número telefónico: _____
(Solo se le contactará en caso de información importante sobre los servicios)

q. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? (Seleccione todas las opciones que apliquen)

Inglés ⁰¹ Español ⁰² Somalí ⁰³ Vietnamita ⁰⁴ Ruso ⁰⁵ Mandarín ⁰⁶
 Hindi/Urdu ⁰⁷ Árabe ⁰⁸ Otro: _____ ¹⁰

r. ¿Cuál es su origen étnico? (Seleccione todo lo que corresponda)

Blanco/Anglo ⁰¹ Asiático ⁰³ Otro ¹⁰
 Negro(a)/ Afroestadounidense ⁰⁵ Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal ⁰⁷ N/A (Ninguno) ⁰⁸
 Hispano/latino ⁰² Mediorienta/norteafricano ⁰⁴ Sin respuesta ⁰⁹
 Indio estadounidense/Nativo estadounidense ⁰⁶ Isleño del Pacífico ¹¹

s. ¿Se identifica como alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que correspondan)

Discapacidad de desarrollo ⁰¹ Embarazada ⁰⁴ Veterano ⁰⁵
 Discapacidad ⁰² Postparto ⁰⁷ TEPT (PTSD) ¹³
 Enfermedad mental ⁰³ Madre lactante ⁰⁸ Otro ¹⁰
 N/A (Ninguno) ¹¹ Sin respuesta ¹²

(Por favor voltee la hoja)..... (Data entry: switch to add household members then return to back side)

t. **¿Cuál es nivel de escolaridad más alto que completó?** (Seleccione uno)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grados 0-8 ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (incompleta) ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años ⁰⁸ |
| <input type="checkbox"/> Grados 9-11 ⁰² | <input type="checkbox"/> Escuela de artes y oficios / Acreditación profesional ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Maestría ⁰⁹ |
| <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria (<i>high school</i>) ⁰³ | <input type="checkbox"/> Título universitario de dos años ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Doctorado ¹⁰ |
| <input type="checkbox"/> Examen General de Equivalencia a los Estudios Secundarios (<i>General Education Development Test</i> o GED) ⁰⁴ | | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¹¹ |

u. **¿Qué tipo de empleo tiene actualmente?** (Seleccione uno)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Militar ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Tiempo completo ⁰⁷ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajos múltiples ⁰² | <input type="checkbox"/> Medio tiempo ⁰⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Estacional ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Jubilado ⁰³ | |
| <input type="checkbox"/> Por cuenta propia ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Otro ¹¹ | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de educación postsecundaria ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Ninguno ⁰⁹ | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¹⁰ |

v. **¿Cuál es su tipo de ingreso?** (Seleccione las principales fuentes de ingresos para su hogar)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Manutención infantil ⁰⁹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Jubilación o pensión ⁰⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajos múltiples ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social ¹⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Por jornada ⁰² | <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (<i>Social Security Disability Insurance</i> o SSDI) ¹⁹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo agrícola o afín ⁰³ | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (<i>Supplemental Security Income</i> o SSI) ²¹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Ayuda económica para estudiantes ¹¹ | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo ¹² | <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores o SAIF ¹³ | |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de familia/amigos ¹⁰ | <input type="checkbox"/> Sin ingreso ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ²³ |

w. **¿Su hogar recibe actualmente cualquiera de los siguientes?** (Seleccione todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía (<i>Energy Assistance</i>) ¹⁴ | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) ²⁴ |
| <input type="checkbox"/> Programa de comidas escolares gratuitas y a precio reducido (<i>Free or Reduced Lunch</i>) ¹⁵ | <input type="checkbox"/> Ayuda para Veteranos o Fuerzas Armadas ¹⁶ |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Ej. Plan de Salud de Oregon en Oregon) ²² | <input type="checkbox"/> WIC (Asistencia para Mujeres, Bebés y Niños) ²⁰ |
| <input type="checkbox"/> SNAP (formalmente conocido como Vales de Alimentos/ Tarjeta Oregon Trail) ¹⁷ | |

x. **¿Alguna persona de su hogar tiene consideraciones dietéticas?** (Seleccione todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los productos lácteos ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Alimentos bajos en sodio ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a la soya ¹² |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales ⁰² | <input type="checkbox"/> No consume puerco ¹⁶ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los frutos secos ¹³ |
| <input type="checkbox"/> Diabético ⁰³ | <input type="checkbox"/> Equipo de cocina limitado o inexistente ⁰⁸ | <input type="checkbox"/> Vegano ¹⁴ |
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los huevos ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Otro ⁰⁹ | <input type="checkbox"/> Vegetariano ¹⁵ |
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad al gluten ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Alergia a los cacahuates ¹⁰ | <input type="checkbox"/> Ninguno ¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> Kosher / Halal ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los mariscos ¹¹ | |

Apellido del titular: _____ Nombre: _____

Miembros adicionales de la unidad familiar (Incluya cada persona con quien comparte este alimento a continuación y al dorso).

a. Apellido: _____ b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄	
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁	
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉	
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁	
a. Apellido: _____ b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄	
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁	
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉	
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁	
a. Apellido: _____ b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄	
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁	
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉	
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁	

a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Veterano ₀₅ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀ <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₄ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₂ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₃ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₀₈ <input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ₁₁			