

HERRAMIENTA DE MEDICIÓN CULTURALMENTE SENSIBLE: FACTORES DE PROTECCIÓN (CRMT-PF)

Demografía de los participantes

Estas últimas preguntas se refieren a usted. Nos ayudarán a comprender las necesidades de las personas y familias a las que servimos. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

Identidad de género	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Dos espíritus	<input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme (completar):	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Se identifica como LGBT+	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Barrera o condición discapacitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Edad: en años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Estructura familiar <i>Marque todas las opciones que se apliquen</i>	<input type="checkbox"/> Hogar monoparental <input type="checkbox"/> Hogar biparental	<input type="checkbox"/> Cuidado familiar <input type="checkbox"/> Cuidados de acogida <input type="checkbox"/> Multigeneracional <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente
Edad(es) de las/los niñas/os <i>Marque todas las opciones que se apliquen</i>	<input type="checkbox"/> 0 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 12	<input type="checkbox"/> 13 a 17 <input type="checkbox"/> 18 +	¿Hay algún niño/a con discapacidad a su cargo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Situación de vida actual	<input type="checkbox"/> Vivienda propia/Alquilada <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Alojado/a con amigos o familiares <input type="checkbox"/> Motel/Hotel	<input type="checkbox"/> Alojamiento temporal <input type="checkbox"/> Sin refugio/Alojamiento en carro/Camper	
Lengua(s) principal(es) que se habla en casa:				<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Cómo autoidentifica su raza o etnia? (completar):				<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Detalles de raza/etnia: (please select as many as apply, and enter País natal or Identidad indígena, if applicable)				<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Amerindio/nativa de Alaska	Afilación tribal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Asiática	País natal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Black, African or African American	País natal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Hispana, latina, o española	País natal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o africana del norte	País natal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa o isleña del Pacífico	País natal/Identidad indígena (completar):			
<input type="checkbox"/> Blanca	País natal/Identidad indígena (completar):			