



Encuesta para gente con Incapacidades y para su Personal de Asistencia

Esta encuesta esta conducida por el Consorcio de Investigacion de Lehigh Valley (LVRC)- Este es un grupo de investigacion de colegios mayores y universidades en los condados de Lehigh Valley y Northampton, conjuntamente con la Red de Rehabilitacion de Good Shepherd.

Esta encuesta tiene como objetivo obtener opiniones acerca de gente con incapacidades asi como de las personas que les proporcionan asistencia. Todas las personas que tienen cualquier tipo de incapacidades se deben animar a participar.

Sus respuestas seran usadas para ayudar a crecer y a fortalecer una relacion a largo plazo Para una comunidad Acogedora para Gente Incapacitada.

Por favor NO escriba su nombre en ninguna parte de esta encuesta. Le estamos proporcionando un sobre pre- pagado para que sea devuelto una vez que concluya su encuesta . **Sus respuestas seran mantenidas completamente anonimas y en forma confidencial**. No existe ninguna forma en que nosotros podamos conocer su identidad mediante sus respuestas; su identidad se mantendra anonima con la gente que conduce las investigaciones. No existen riesgos o costos asociados con esta encuesta. Esta encuesta debera ser completada por adultos, de 18 anos o mayores. El haber completado y presentado esta encuesta indica que por lo menos tiene 18 anos . **Promedio de tiempo que le demorara completer esta encuesta sera de 30 a 40 minutos**

Copias de esta encuesta son disponibles en Espanol, de letra grande y de Braille. Si requiere copias o si tiene preguntas, por favor contacte:

Dr. Lanethea Mathews-Gardner
LVRC Directora del Proyecto de Incapacidades
Departamento de Ciencias Politicas
Muhlenberg College
2400 Calle Chew
Allentown, PA 18104-5586
Fax: 484-664-3536
Telefono: 484-664-3737
Email: mathews@muhlenberg.edu

Tambien puede completer la encuesta por computadora:
http://lehighvalleyresearch.org/disability_study

Gracias por compartir sus ideas y por ayudarnos a hacer que el valle de Lehigh sea amable y acogedor para gente incapacitada!



Parte 1. Incapacidades

1. Cual de las siguientes oraciones mejor lo describe?

- Soy una persona con incapacidades y estoy respondiendo esta encuesta por mi mismo.
- Soy una persona con incapacidades y estoy respondiendo esta encuesta con ayuda de alguien.
- Soy padre/madre o miembro de la familia de un adulto con incapacidades.
- Soy padre/madre de un menor de edad de 18 anos o menor con incapacidades.
- Soy una persona pagada que tengo a mi cargo un adulto con incapacidades.
- Soy una persona pagada que tengo a mi cargo un nino/a con incapacidades.

2. Por favor describa con sus propias palabras, su condicion de salud, incapacidades, y/o limitaciones funcionales que lo restringen o previenen a usted (o a su hijo/a o a la persona que esta bajo su cuidado) de ser parte de una vida normal en su comunidad en un nivel de igualdad con otros.

3. Cual de las siguientes categorias lo describen mejor en cuanto a su condicion de salud, incapacidad o limitacion funcional? **Por favor marque todo lo que se aplica a usted.**

- Movilidad o incapacidad fisica o limitacion minusvalida de uso de las piernas, brazos o manos.
- Incapacidad mental, psicologica, psiquiatrica, o emocional. (transtorno bipolar, schizophrenia o depresion).
- Incapacidad neurologica (ejemplo, epilepsia)
- Incapacidad visual, ciego, problemas severos de vista, no ve colores.
- Incapacidad auditiva, sordo, o problemas severos auditivos
- Incapacidad de habla, incapacidad oral – motora, o mudez
- Aprendizaje o incapacidad cognitiva (ejemplo, dyslexia, problemas con el aprendizaje)
- Enfermedad cronica u otro tipo de problema de salud relacionado con alguna incapacidad (ejemplo, diabetes, SIDA, problemas respiratorios, lupus)
- Danos traumaticos al cerebro
- Otros: _____

4. Puede describir su incapacidad (o incapacidades) como:

- ligera Moderada Algo severa Muy severa

5. Usted ha sido (o su hijo/a o la persona a quien usted cuida) nacido/a con incapacidades?
- SI NO. Si no a que edad fue diagnosticado/a, o cuando su incapacidad se presento? _____ (escriba la edad)
6. Cuales de las siguientes actividades de vida principales que son limitadas en su condicion de salud, incapacidad, o limitacion funcional? **Por favor marque lo que se aplica.**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidados personales, como ser bano, vestirse, o alimentarse? | <input type="checkbox"/> Auto-direccion, como ser tomar decisiones importantes concernientes a su salud, educacion o carrera? |
| <input type="checkbox"/> Comunicacion, como ser conversacion o escuchar a otras personas? | <input type="checkbox"/> Vivir independientemente, como ser preparar comidas, ir de compras para alimentos y articulos personales, y que-haceres de casa? |
| <input type="checkbox"/> Aprender nuevas actividades? | <input type="checkbox"/> Salir de casa sola/o de compras o a visitar al doctor? |
| <input type="checkbox"/> Recordar y/o concentrarse? | <input type="checkbox"/> Manejar sus finanzas, como ser administrar su dinero y pagar sus deudas? |
| <input type="checkbox"/> Interacciones sociales, como ser formar nuevas amistades | <input type="checkbox"/> Otros, por favor explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en una empresa estar empleado/a? | |
| <input type="checkbox"/> Movilidad, como ser agacharse, caminar, subir escaleras, o levantar un peso de aproximadamente 10 libras. | |
7. Usted (o su hija/o o la persona que esta a su cargo) alguna vez requiere de su asistencia personal, u obtiene ayuda de otra persona, con necesidades basicas como ser, preparar comidas, o banarse?
- NO
- Si. Si la respuesta es si, quien por lo general le proporciona ayuda? **Por favor indique todo lo que se aplica a usted.**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia o amistades | <input type="checkbox"/> Otras personas pagadas que le proporcionan ayuda |
| <input type="checkbox"/> Asistente de salud en casa (pagado) | <input type="checkbox"/> Alguien mas, por favor explique: _____ |
8. En los ultimos seis anos, cuando usted (o su hijo/a o otra persona a su cargo) ha requerido ayuda de alguien con necesidades basicas como ser vestirse, preparar comidas, aseo personal, pero no ha podido obtener ayuda?
- NO
- SI. Si la respuesta es si, cuantas veces en los ultimos seis meses no ha logrado conseguir la ayuda adecuada? _____

Parte 2. Salud y Ayuda de Salud. *Si usted es un padre/madre o apoderado, por favor responda a estas preguntas con el punto de vista de la persona a la cual usted ayuda.*

9. En general, podria decir que su salud en general (incluyendo de salud fisica y mental) es

- Excelente Buena No lo se
 Muy buena Aceptable

10. Por favor indique cuales de las siguientes fuentes de cobertura de seguro medico dispone

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro medico por trabajo o sindicato. | <input type="checkbox"/> Medicaid, Asistencia Medica en el estado de Pennsylvania, programa que cubre y paga por cobertura de salud a gente de pocos recursos. |
| <input type="checkbox"/> Seguro medico por medio de otra persona a traves de trabajo o sindicato. | <input type="checkbox"/> Seguro de salud que proviene de otras fuentes |
| <input type="checkbox"/> Seguro medico adquirido por mi mismo/a o algun miembro de mi familia | <input type="checkbox"/> Sin seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Medicare (el plan de gobierno que cubre asistencia medica para gente de 65 o mayores y para para algunas personas menores con incapacidades). | <input type="checkbox"/> No lo se |
| | <input type="checkbox"/> Otros, por favor explique _____ |

11. Si usted no tiene seguro de salud, cual es la razon principal?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Es muy caro. | <input type="checkbox"/> Mi empresa no lo ofrece |
| <input type="checkbox"/> Me negaron cobertura por mi mala salud, enfermedad, edad, u alguna otra razon. | <input type="checkbox"/> No tengo acceso a cobertura por medio de mi empleo. |
| <input type="checkbox"/> No lo necesito | <input type="checkbox"/> No lo se |
| <input type="checkbox"/> No se como obtenerlo | <input type="checkbox"/> Otra razon, por favor explique:
_____ |

12. En el ultimo ano, en algun momento necesito cobertura medica, pero no sabia como obtenerla?

- SI; Si su respuesta es si, por favor explique que tipo de asistencia medica requirio, pero no logro obtener:

- NO

13. Si en algun momento en el ultimo ano, cuando requirio de asistencia medica pero no la obtuvo, cual fue la razon **principal**? **Por favor marque una.**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No pude conseguir una cita. | <input type="checkbox"/> Costaba mucho. | <input type="checkbox"/> Mi problema de salud se soluciono. |
| <input type="checkbox"/> No pude conseguir a un doctor que hable mi idioma. | <input type="checkbox"/> Muy dificil llegar a la oficina del doctor. | <input type="checkbox"/> No pude encontrar a un doctor que entendiera mi condicion y que estaba dispuesto a tratarme. |
| <input type="checkbox"/> No conocia una clinica/un buen doctor. | <input type="checkbox"/> No tenia cobertura con mi seguro. | <input type="checkbox"/> No pude encontrar a un doctor que podia trabajar con un interprete que entendia el idioma de gestos. |
| <input type="checkbox"/> No pude conseguir a un doctor que aceptara mi seguro. | <input type="checkbox"/> Mucho papeleo. | <input type="checkbox"/> No queria asistir. |
| | <input type="checkbox"/> Estaba nervioso/a o tenia miedo | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| | <input type="checkbox"/> Dificultades/desacuerdos con mi doctor. | |

*Para cada uno de los siguientes preguntas, por favor indique que tan satisfecho/a esta (si usted es una madre/padre o alguien que esta a su cargo ,por favor responda desde **el punto de vista de la persona a quien usted ayuda**):*

	Muy satisfecho	Satisfecho	Descontento	Muy Descontento	No se aplica
14. La disponibilidad de cuidados y servicios cuando los necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi acceso a servicios medicos y cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi acceso a servicios dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi acceso a servicios mentales de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi acceso servicios reproductivos y sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mi acceso a servicios de rehabilitacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi acceso a practicas alternativas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi acceso a cobertura medica adecuada y en mi presupuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Poder pagar por mis prescripciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La calidad de asistencia medica que recibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. La calidad de servicio que recibe la persona que se hace cargo de mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. El entendimiento y comunicacion con mi doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mi acceso a informacion en cuanto a ejercicios relevantes a mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mi conocimiento acerca de servicios de salud y fuentes que son disponibles para mi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Con que frecuencia usted participa en actividades y ejercicios físicos?

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A diario | <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Dos a cuatro veces por semana | <input type="checkbox"/> Muy de vez en cuando | |

29. Con que frecuencia fuma o usa productos que contienen tabaco?

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A diario | <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Dos a cuatro veces por semana | <input type="checkbox"/> Muy de vez en cuando | |

30. Con que frecuencia usted consume mas de dos tragos de alcohol?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A diario | <input type="checkbox"/> Muy de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> De dos a cuatro veces por semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Una vez por semana | |

Parte 3. Transporte . *Si usted es una madre/padre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.*

31. Con que frecuencia usted requiere transporte pero no lo puede obtener?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muy pocas veces al dia | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> A diario | <input type="checkbox"/> Pocas veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Una vez por semana | <input type="checkbox"/> Muchas veces al mes |

32. El transporte inadecuado es un problema principal, sin importancia, o no es ningun problema para usted?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problema principal | <input type="checkbox"/> No es problema |
| <input type="checkbox"/> Problema sin importancia | |
| <input type="checkbox"/> No lo se | |

33. La disponibilidad de parqueo para minusvalidos es un problema principal, sin importancia o no es ningun problema para usted?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problema principal | <input type="checkbox"/> No es problema |
| <input type="checkbox"/> Problema sin importancia | <input type="checkbox"/> No lo se |

Para las siguientes preguntas por favor indique si esta de acuerdo o no esta de acuerdo:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	De ninguna manera de acuerdo	No se aplica
34. Cuando uso transporte publico (como ser el bus) Creo que los horarios no son comodys y faciles para poder ir y venir a mis citas con los doctores, tiendas, o recepciones sociales.					
35. Siento que un taxi no va a parar a recogerme porque estoy incapacitado.					
36. Es dificil para mi usar el sistema de transporte publico porque soy incapacitado.					
37. Tengo una variedad de opciones para el transporte publico disponibles que hace que mi desplazamiento sea conveniente.					

Part 4. Empleo. Si usted es una madre/padre o esta encargada/o de cuidar a alguien, por favor responda a las siguientes preguntas desde el punto de vista de la persona a quien usted cuida. **Marque mas de una respuesta si se aplica.**

38. Cual es su actual estatus de empleo? .

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Buscando trabajo |
| <input type="checkbox"/> Trabajo medio tiempo | <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo |
| <input type="checkbox"/> Retirado/a o sin trabajo | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Sin trabajo | <input type="checkbox"/> Otros; _____ |

39. Si usted esta sin trabajo, cual es la razon **principal**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar por problemas con salud o por ser incapacitado. | <input type="checkbox"/> Puedo perder ingresos o beneficios de salud si trabajo. |
| <input type="checkbox"/> No puedo conseguir empleo que me acomode por mi incapacidad. | <input type="checkbox"/> No puedo conseguir un trabajo en base a mis habilidades. |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no trabajar. | <input type="checkbox"/> Otra razon, por favor explique:
_____ |

40. Si usted esta trabajando actualmente, o es voluntaria/o el sitio donde trabaja esta facilmente accessible a usted?

SI

NO. Si no, por favor explique porque el sitio donde trabaja NO es accesible: _____

41. Que tipo de trabajo (o trabajo voluntario) hace? _____

42. En que municipalidad/pueblo usted trabaja y/o es voluntario/a? _____

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor indique si esta de acuerdo o desacuerdo con la siguiente declaracion (si usted es una madre/padre o esta encargado de cuidar a alguien, por favor responda a las siguientes preguntas desde el punto de vista de la persona a quien usted cuida):

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	De ninguna manera estoy de acuerdo	No se aplica
43. Puedo determinar y alcanzar mis goles relacionados con mi empleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Se como conseguir entrenamiento cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Estoy envuelto en un trabajo significativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Estoy satisfecho con mi salario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Estoy satisfecho con mis horas de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Estoy satisfecho con mis beneficios de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Puedo obtener asistencia para conseguir y mantener empleo cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 4. Vivienda. Si usted es una madre/padre o esta encargado de cuidar a alguien, por favor responda las siguientes preguntas desde el punto de vista de la persona a quien usted cuida.

50. Que tipo de vivienda tiene?

Vivienda privada que es duena/o o parcialmente duena/o

Departamento o casa privada que renta

Casa de grupo

Residencia o vivienda a largo plazo

Otros: _____

51. Su vivienda actual satisface sus necesidades?

- SI
- NO. Si es no, por favor explique como es que su vivienda actual no satisface sus necesidades

52. Si su vivienda actual no satisface sus necesidades, que es lo que le previene para obtener una vivienda mas adecuada? **Por favor marque todo lo que se aplica a su caso**

- La casa adecuada cuesta mucho
- No se donde buscar por una vivienda adecuada.
- He buscado, pero no he podido encontrar una vivienda adecuada.
- Una vivienda adecuada me obligaria a trasladarme; y no me quiero trasladar.
- Hay una lista de espera para la vivienda que quiero.
- Otra razon; por favor explique _____

Para las siguientes preguntas, por favor indique si esta de acuerdo o desacuerdo con cada declaracion:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	De ninguna manera de acuerdo
53. Puedo escoger donde quiero vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Puedo escoger con quien quiero vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Mi residencia es segura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Mi contrato de vivienda esta de acuerdo a mi presupuesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Estoy feliz con la ubicacion de mi vivienda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Mi vivienda hace que pueda vivir independientemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Mis vecinos me tratan con respeto y me incluyen en actividades del vecindario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para las siguientes, por favor indique que tan preocupado/a esta por cada una de estas situaciones:

	No estoy nada preocupado/a	Algo preocupado/a	Muy preocupado	Extremadamente Preocupado/a
60. Tener que ir a una vivienda para gente anciana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. No tener planes de vivienda a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Poder pagar una vivienda a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. No poder cuidarme por mi mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Ser un peso para mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Necesitar la ayuda de alguien para mis necesidades basicas como ser vestirse, preparar comidas o asearse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Estar desconectado de la familia y amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Perder mi seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Perder mis beneficios por estar incapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 5. Tecnologia y Aparatos de Ayuda. *Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida o se hace cargo.*

69. Existe algun aparato especial o tipo de aparato de ayuda que en esto momento requiere pero no lo tiene?

NO

SI; si la respuesta es si, que tipo de aparato especial o aparato de ayuda tiene? _____

No lo se.

70. Que tipo ? **Por favor marque todo lo que se aplica.**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas a motor/carretilla/Patinete. | <input type="checkbox"/> Elevador/sillas/otro tipo de asistencia mecanica. | <input type="checkbox"/> Audifonos |
| <input type="checkbox"/> Baston/paseante | <input type="checkbox"/> Verja/barra.u otro tipo de asistencia no-mecanica | <input type="checkbox"/> Sistema de computadoras |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Tirantes para la rodilla/tobillo | <input type="checkbox"/> Aparato de comunicacion |
| <input type="checkbox"/> Elevador/transporte para silla de ruedas/patinete para carros. | <input type="checkbox"/> Protetico | <input type="checkbox"/> Asistencia para la vision |
| <input type="checkbox"/> Vehiculo suficiente amplio para una silla de ruedas/patinete | <input type="checkbox"/> Tecnologia adaptativa para conducir | <input type="checkbox"/> Oxigeno/u otro tipo de aparato para la respiracion |
| <input type="checkbox"/> Rampa | <input type="checkbox"/> Ortopedicos | <input type="checkbox"/> Equipo de ejercicio |
| | <input type="checkbox"/> Asistencia con el oido | <input type="checkbox"/> Cama ajustable/cama de hospital |
| | | <input type="checkbox"/> No lo se. |
| | | <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique_____ |

71. Pensando acerca del equipo o maquinarias que requiere pero no tiene, explique la razon por la que no tiene acceso a ser duena/o de estos aparatos. **Por favor marque lo que se aplica.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se donde conseguirlos. | <input type="checkbox"/> No se como usarlo. |
| <input type="checkbox"/> No tengo los recursos para pagarlos. | <input type="checkbox"/> No me siento comodo/a al usarlo. |
| <input type="checkbox"/> Lo tengo, pero esta danado/no funciona. | <input type="checkbox"/> Lo use por un tiempo, pero no me ayudo. |
| <input type="checkbox"/> El seguro me lo nego. | <input type="checkbox"/> Nunca trate de conseguirlo. |
| <input type="checkbox"/> He ordenado uno pero no ha llegado aun. | <input type="checkbox"/> Mi doctor me dijo que no lo necesito. |
| <input type="checkbox"/> Estoy en lista de espera. | <input type="checkbox"/> No lo se. |
| | <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique_____ |

Parte 6. La Comunidad y la Participación Política. Si usted es una madre/padre o esta a cargo de alguien, por favor responda las siguientes preguntas desde el punto de vista de la persona a quien usted cuida

Por lo siguiente, por favor indique con que frecuencia usted participa en cada actividad en un **PROMEDIO MENSUAL**:

	Mas de cuatro veces al mes	2 a 4 veces al mes	Una vez al mes	Meno de una vez al mes	nunca
72. Me reuno con amigos cercanos, parientes y vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Voy a restaurantes, salgo a comer afuera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Voy a la iglesia, sinagoga, u otro sitio de alabanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Voy a ver a shows, cine, eventos de deportes, clubs sociales u otro tipo de eventos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para los siguientes, por favor indique con que frecuencia usted participa en cada una de estas actividades **PROMEDIO MENSUAL**:

	Muy frecuentemente	frecuente	Algo frecuente	No muy frecuente	nunca
76. Siente que tenia a gente con quien contaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Siente que su vida diaria ha sido llena de actividades que le interesaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Se sentia amado y necesitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Se sentia aislado de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Experimento problemas tanto fisicos como emocionales que interfirieron en su vida social (como ser visitar a amigos, parientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Cuales son las **PRINCIPALES** formas en la cual usted participa en su comunidad? Por favor explique con sus propias palabras.

82. En que forma a usted le gustaria estar **MAS** envuelto en su comunidad? Por favor explique en sus propias palabras.

83. . Usted ha votado en la Eleccion Presidencial del 2008?

SI

NO

No estoy seguro/a

84. Si no ha votado en la Eleccion Presidencial del 2008, cual es la razon?

Simplemente no vote

No estaba apto para votar.

No estaba registrado para votar

Necesitaba una ausencia de votacion y no la recibi

Recibi una ausencia de votacion, pero nunca la envie

El sitio que debia votar no era accesible.

Los candidatos no formularon puntos que me interesan.

No me gustaron los candidatos.

No entendi los puntos que formulaban

Otros: _____

Parte 7. Percepciones y Actitudes. Si usted es padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.

Para las siguientes declaraciones por favor indique si esta de acuerdo o si no esta de acuerdo con las declaraciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	Desacuerdo definitivo
85. La mayoría de la gente acepta a las personas incapacitadas como amistades cercanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. La mayoría de la gente cree que las personas incapacitadas son tan inteligentes como una persona regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. La mayoría de la gente cree que las personas incapacitadas inspiran confianza como una persona regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. La mayoría de las personas piensan menos de una persona incapacitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. La mayoría de la gente en mi comunidad trataran a una persona incapacitada de la misma manera que a una persona regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 8 Informacion y Referencias. *Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.*

Para las siguientes preguntas, por favor indique si esta de acuerdo o desacuerdo con las siguientes declaraciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	De ninguna manera de acuerdo
90. Tengo suficiente informacion para tomar una buena decision acerca de mi vivienda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tengo suficiente apoyo para planear acerca de mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Se como obtener informacion acerca de servicios para gente incapacitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Se como obtener informacion acerca del transporte que necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Se como contactar a mis doctores cuando los necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Se si soy o no soy apto para beneficios de gente incapacitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Se como obtener informacion si soy apto para obtener beneficios para gente incapacitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Se como desenvolverme en mi comunidad cuando quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 9 Preparativos de Emergencias. *Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.*

98. Usted es capaz de evacuar su residencia independientemente en el evento de una orden del departamento de salud o gobierno?

SI

NO

No estoy seguro

Para las siguientes preguntas por favor indique si esta preparado para lo siguiente:

	SI	NO	No estoy seguro
99. Una lista de contactos en caso de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Un equipo de provision conteniendo su historia medica y medicamentos que actualmente este tomando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Un sistema actualizado de contactos de emergencia y un equipo de provision por cada 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Un plan con miembros de la familia/amistades/vecinos para poder estar en contacto en caso de una emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Una llave sobrante de mi casa/cuarto de mi vecino/familia/casa de un amigo en caso de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 10. Oportunidades y Discriminacion Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.

Para las siguientes preguntas, por favor indique cada cuanto usted

	Muy a menudo	Algo frecuente	Frecuente	No frecuente	Nunca
104. Ha sido rechazado para una promocion de trabajo por ser incapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Ha sido negado un espacio en el trabajo comodo que requiera por ser incapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Ha sido pagado menos en relacion a otros colegas en trabajos similares al de usted y en similares habilidades por ser incapacitado .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Ha sido negado beneficios relacionados con su trabajo (con la excepcion de un espacio comodo en el trabajo) por ser incapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Ha sido negado acceso a algun programa educacional por ser incapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Tiene problemas de acceso a edificios educacionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Se ha visto en dificultades al tratar de acomodar su horario concierne a su educacion o trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 11. Educacion. Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida.

111. Cual es el nivel de educacion mas alto que ha completado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> 2 anos de Colegio Mayor/Universidad (Titulo de Asociado) |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria | <input type="checkbox"/> 4 anos de Colegio Mayor/Universidad (Titulo de Licenciatura) |
| <input type="checkbox"/> Colegio Mayor | <input type="checkbox"/> Post-Grado o Masterado |

112. Actualmente esta asistiendo clases o en el ramo de educacion?

- NO
- SI. Si es si, que tipo de colegio o educacion esta siguiendo(ejemplo colegio mayor/universidad para creditos, entrenamiento tecnico)?

113. En que distrito de colegio actualmente vive? _____

Si usted ACTUALMENTE ES UN ESTUDIANTE. O esta a cargo de alguien o es un padre/madre de un estudiante, por favor complete la siguiente seccion. Si no, por favor salte a la proxima seccion.

Recursos en la institucion/ colegio: Por favor indique *si esta o no esta de acuerdo con las siguientes declaraciones. Cuando responda a cada pregunta, considere la institucion/colegio que usted/su dependiente actualmente asiste y marque la respuesta apropiada*

En mi institucion/colegio...	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	Nada de acuerdo
114. Hay suficientes tutores para alumnos con necesidades especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Hay suficientes consejeros para estudiantes con necesidades especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. La administracion hace el esfuerzo para entender las necesidades de quienes son incapacitados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Existe un gran esfuerzo para implementar programas que fomenten el conocimiento de gente incapacitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Existe un gran esfuerzo para obtener equipos tecnologicos que ayuden a estudiantes que lo necesiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. La administracion y profesores tienen conocimiento acerca de programas de la comunidad para gente incapacitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. La administracion y profesores ayudan a proveer con alternativas y acceso a materiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Hay suficientes oportunidades para estudiantes incapacitados que quieran estar envueltos en actividades extracurriculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Hay suficientes programas que se concentran en el logro de trabajos/empleos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Hay suficiente apoyo del colegio para ayudar a planear el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiencias con Discriminaciones: Por favor indique con que frecuencia usted/o su dependiente ha tenido que lidiar con estas experiencias **por ser incapacitado/a.**

124. Recibi una nota baja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Recibi menos apoyo de parte de los profesores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Me han negado ser aceptado en un programa educacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Me han negado acceso a un programa de alojamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Los profesores y companeros me molestan por tener un plan de alojamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 12. Informacion Personal. *Si usted es un padre/madre o tiene a su cargo a alguien, por favor responda las siguientes preguntas bajo el punto de vista de la persona a quien usted cuida..*

129. En que ano nacio? _____

130. Usted es

Masculino

Femenino

131. Cuales de las siguientes características que **mejor** describen su raza/etnicidad?

Blanco/Caucasico (no-Hispano)

Asiatico Americano

Negro/Africano Americano

Otro, por favor especifique: _____

Latino/Hispano

132. Cual es su primera, o lengua natal (Por ejemplo, Ingles, Espanol, Vietnam)? _____

133. Cual es su codigo postal de casa? _____

134. En que municipalidad/pueblo usted vive? _____

135. Por favor indique si es

Casado

Viudo/a

Soltero/nunca ha estado casado

En una relacion/largo plazo

Divorciado/Separado

136. Cuantos hijo/as tiene? _____ (escriba el numero de hijo/as)

137. Cuanto fue su ingreso FAMILIAR antes de los impuestos del 2007? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes incluyendo la suya y de todas las personas que viven en su casa.

Menos de \$14,999

Entre \$60,000 y \$99,999

Entre \$15,000 y \$24,999

Mas de \$100,000

Entre \$25,000 y \$39,999

No lo se

Entre \$40,000 y \$59,999

138. Cual fue su ingreso PERSONAL antes de los impuestos del 2007? Excluyendo a todos menos usted?

Menos de \$14,999

Entre \$60,000 y \$99,999

Entre \$15,000 y \$24,999

Mas de \$100,000

Entre \$25,000 y \$39,999

No lo se

Entre \$40,000 y \$59,999

139. Cuales de las siguientes fuentes de ingresos son su ayuda economica personal y total? Por favor marque todo lo que se aplica.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo (salario y ganancias pagadas de su empleo) | <input type="checkbox"/> Compensacion Laboral |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social de Incapacidad (SSDI) | <input type="checkbox"/> Programa de Pension |
| <input type="checkbox"/> Seguro Privado de Incapacidad | <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) | <input type="checkbox"/> Otro, por favor describa: _____ |
| | <input type="checkbox"/> No lo se |

Parte 13 Viviendo Plenamente e Independientemente. Si usted es un padre/madre o esta a cargo de alguien, por favor responda las siguientes preguntas desde el punto de vista de la persona a quien usted cuida.

140. Hay algunas otras cosas (que no hemos cubierto en esta encuesta) que usted quiera lograr en su vida pero no ha logrado realizar o no ha podido realizar?

141. Cuales son los obstaculos principales que le previenen hacer lo que usted quiera hacer en su vida?

142. Que necesita para permitirle realizar plenamente lo que quiera hacer en su vida?

Si usted ESTA A CARGO DE ALGUIEN, o es un padre/madre de una persona con incapacidades por favor complete la siguiente seccion DESDE SU PROPIO PUNTO DE VISTA.

Si usted no es encargado de una persona o no es un padre/madre, usted ha concluido la encuesta. GRACIAS!!!

Por favor envie la encuesta usando el sobre pre-pagado que le proporcionamos.

PARA GENTE ENCARGADA DE CUIDAR A ALGUIEN Y PADRES/MADRES:

143. Usted proporciona ayuda a

- Conyuge
- Madre/Padre
- Cliente
- Hijo/a
- Otro miembro de la familia

144. Usted vive con la persona que esta encargada de cuidar?

- SI
- NO

145. Que tipo de ayuda le proporciona? **Por favor marque todo lo que se aplica.**

- Aseo personal (como ser banar/dar de comer,vestir, etc.)
- Cocinar,lavar la ropa, limpiar la casa.
- Mantenimiento de la casa
- Transporte
- Administrar medicamentos
- Controlar las finanzas
- Proporcionar apoyo financiero directo
- Proporcionar interpretacion de lenguaje de senales
- Proporcionar consuelo emocional
- Planear y controlar por servicios y ayuda externa.
- Otros; _____

146. Aproximadamente, cuantas horas A LA SEMANA usted proporciona asistencia?

- 1-4 horas a la semana
- 5-9 horas a la semana
- 10-19 horas a la semana
- 20-29 horas a la semana
- 30-39 horas a la semana
- 40+ horas a la semana
- Tiempo completo

147. Aproximadamente, cuanto dinero usted gasta al proporcionar asistencia en un MES tipico?

- Nada
- Menos de \$100 al mes
- \$100-\$249 al mes
- \$250-\$499 al mes
- \$500-\$999 al mes
- \$1000-\$1499 al mes
- \$1500 + al mes

<i>Por favor indique que tanto cada uno de estos son principales, de menor importancia, o no significan un problema para usted la persona encargada de alguien o padre/madre de una persona con incapacidades.</i>				
	Problema Principal	De Menor Importancia	No es problema	No se aplica
148. Encontrar gente entrenada y de fiar que venga a casa a proporcionar asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Encontrar asistencia a residencia que sea economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Tener suficiente dinero para poder pagar por asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151. Entendimiento de los programas de gobierno como ser Medicare y SSI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152. Averiguar acerca de opciones legales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153. Lograr cooperacion y asistencia de todos los miembros de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154. Lidar con ruptures que derivan de la asistencia de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155. Obtener informacion acerca de enfermedades/ e incapacidad de la persona que esta a mi cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156. Asegurar la seguridad de la persona que esta a mi cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157. Identificar opciones de transporte disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158. Encontrar recursos sensitivos-culturales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159. Comunicacion con recursos proveedores profesionales .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160. Tener planes para el fin-de-vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161. Lograr un equilibrio de responsabilidades de la familia, ejemplo hijo/as, matrimonio, y quehaceres de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162. Tener que lidiar con comportamientos peligrosos, dificiles y no gratos de la persona que esta a mi cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163. Tomar parte en decisiones acerca del tratamiento medico de la persona que esta a mi cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164. Modificar mi casa para acomodar requisitos de asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165. Ajustar mi horario de trabajo, cubriendo mis responsabilidades de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166. Cubrir mis necesidades personales como ser tiempo libre para hacer ejercicio, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor indique con que frecuencia experimenta estas sensaciones bajo el punto de vista de una persona que se hace cargo de alguien o de un padre/madre de una persona con incapacidades

	No en absoluto	Algo	Un Poco	Muchisimo
167. Agotamiento fisico/fatiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168. Tension economica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
169. Emocional/molesto, sentimiento de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170. Interferencia con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
171. Poco dispuesto a pedir ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
172. Sentimientos de sentirse no- apreciado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hasta que punto usted esta o no esta de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Muy de acuerdo	De Acuerdo	No estoy de acuerdo	Desacuerdo absoluto
173. Tengo mucha mas responsabilidad de las que me siento comodo/a afrontar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
174. No tengo suficiente tiempo para mi mismo/a por todas las responsabilidades que tengo, teniendo a alguien a mi cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
175. No puedo lograr dormir en las noches relajado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
176. Tengo un buen equilibrio entre mi trabajo, familia y relaciones personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
177. Estoy desempenando un buen trabajo manteniendo mis responsabilidades de trabajo, familia y relaciones personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
178. Siento que estoy en control acerca de las cosas que son importantes en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

179. Que otros asuntos, que no hemos mencionado anteriormente, le preocupan cuando se refiere al rol que desempeña proporcionando asistencia a una persona con incapacidades ?

180. Usted es

Femenina

Masculino

181. En que año ha nacido? _____

182. Cual es su casilla postal? _____

183. En que municipalidad/ciudad vive? _____

184. Cual de los siguientes **mejor** lo describe su raza/etnicidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca/Caucasico/a (no-Hispano/a) | <input type="checkbox"/> Asiatico Americano |
| <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano | <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Latino/Hispano | |

185. Por favor indique si usted es

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viuda/o |
| <input type="checkbox"/> Soltero/a / nunca casado/a | <input type="checkbox"/> Envuelta/o en una relacion a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/a/separado/a | |

186. Cuales fueron los ingresos de su FAMILIA antes de los impuestos del 2007? Por favor incluya todas las fuentes incluyendose a usted y a las personas que viven en su casa.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$14,999 | <input type="checkbox"/> Entre \$60,000 y \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$15,000 y \$24,999 | <input type="checkbox"/> Mas de \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 y \$39,999 | <input type="checkbox"/> No lo se |
| <input type="checkbox"/> Entre \$40,000 y \$59,999 | |

187. Cual fue su ingreso PERSONAL antes de los impuestos del 2007, excluyendo a todos menos a usted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$14,999 | <input type="checkbox"/> Entre \$60,000 y \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$15,000 y \$24,999 | <input type="checkbox"/> Mas de \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 y \$39,999 | <input type="checkbox"/> No lo se |
| <input type="checkbox"/> Entre \$40,000 y \$59,999 | |

188. Cual fue el nivel mas alto que complete en su educacion?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Algo de secundaria | <input type="checkbox"/> 4 años de universidad (Titulo de Licenciatura) |
| <input type="checkbox"/> Titulo de secundaria | |
| <input type="checkbox"/> Algo de universidad | <input type="checkbox"/> Post-grado o Masterado |
| <input type="checkbox"/> 2 años de universidad (Titulo de Asociado) | |

