

## **DATOS DEL INFORMANTE**

**INSTRUCCIONES:** Este reporte debería de ser completado por él infórmate. El INFORMANTE se define como la persona que provee información sobre o a otro individuo.

**INFORMACION SOBRE:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

**NOMBRE DEL INFORMANTE:** \_\_\_\_\_

1. Su mes/año de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_
  
2. Su sexo:                    \_\_\_ Masculino                    \_\_\_ Femenino
  
3. Es usted de etnicidad Hispana o Latina?                    \_\_\_ Sí                    \_\_\_ No
  - Si su respuesta es SI, cuáles son sus orígenes?
  - \_\_\_ Mexicano/Chicano/México-Americano                    \_\_\_ Puertorriqueño
  - \_\_\_ Cubano                    \_\_\_ Dominicano                    \_\_\_ Centroamericano
  - \_\_\_ Sudamericano                    \_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_                    \_\_\_ Desconocido
  
4. Cuál es su raza? (Raza se divide en las siguientes categorías. Escoja la que considere se le aplica a usted)
  - \_\_\_ Blanco                    \_\_\_ Afroamericano                    \_\_\_ Nativo Americano o Nativo de Alaska
  - \_\_\_ Asiático                    \_\_\_ Hawaiano o Isleño del Pacifico
  - \_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_                    \_\_\_ Desconocido
  
5. Raza adicional con la que usted se identifica?
  - \_\_\_ Blanco                    \_\_\_ Afroamericano                    \_\_\_ Nativo Americano o Nativo de Alaska
  - \_\_\_ Asiático                    \_\_\_ Hawaiano o Isleño del Pacifico
  - \_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_                    \_\_\_ Desconocido
  
6. Nivel educativo: Cuantos años escolares atendió? (Incluya de primaria a universidad si se le aplica) \_\_\_\_\_
  
7. Cuál es su relación al paciente?
  - \_\_\_ Esposo(a)/pareja                    \_\_\_ Hijo(a)                    \_\_\_ Hermano(a)
  - \_\_\_ Otro parentesco                    \_\_\_ Amigo(a)/Vecino(a)                    \_\_\_ Empleado como cuidador
  - \_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_
  
8. Vive usted con el paciente?                    \_\_\_ Si                    \_\_\_ No
  - Si NO, frecuencia de contacto en persona:
    - \_\_\_ A diario                    \_\_\_ Por lo menos 3x/semana                    \_\_\_ Semanal
    - \_\_\_ Por lo menos 3x/mes                    \_\_\_ Mensual                    \_\_\_ Menos de una vez al mes
  - Si NO, frecuencia de contacto telefónico:
    - \_\_\_ A diario                    \_\_\_ Por lo menos 3x/semana                    \_\_\_ Semanal
    - \_\_\_ Por lo menos 3x/mes                    \_\_\_ Mensual                    \_\_\_ Menos de una vez al mes

**GRACIAS por participar...**