**Consejo de Supervisión de Tecnología   
de la Información de Salud (HITOC)**

**Solicitud de membresía**

La Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) está aceptando solicitudes de quienes deseen formar parte del [Consejo de Supervisión de Tecnología de la  
Información de Salud (Health Information Technology Oversight Council, HITOC,   
por sus siglas en inglés)](https://www.oregon.gov/oha/hpa/ohit-hitoc/pages/index.aspx).

**Cómo solicitar membresía:** llene ambas secciones de esta solicitud y envíela por correo electrónico a [HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov](mailto:HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov)

**Plazo:** esta solicitud es para futuras oportunidades de contratación. Las aplicaciones serán revisadas de forma continua.

**¿Qué es el HITOC?**  
Los miembros del HITOC son responsables de establecer el plan estratégico para   
la tecnología de la información de salud (TI de salud) en Oregon, el cual contiene estrategias que apoyan los [objetivos de equidad en salud](https://www.oregon.gov/oha/EI/Pages/Health-Equity-Committee.aspx), además de la transformación y la mejora del sistema de salud de Oregon. También son responsables de realizar recomendaciones de políticas, evaluar el panorama de la TI de salud y supervisar los programas. Para conocer más sobre el trabajo reciente del HITOC visite [su sitio web](https://www.oregon.gov/oha/HPA/OHIT-HITOC/Pages/index.aspx)   
y la [página de reclutamiento de miembros](https://www.oregon.gov/oha/HPA/OHIT-HITOC/Pages/HITOC-Recruitment-2021.aspx). El HITOC informa a la Junta de Políticas   
de Salud de Oregon, quien es la responsable de aprobar a los miembros del consejo.

**¿A quién estamos buscando?**  
Buscamos a miembros con motivación y habilidades en la TI de salud, que tengan el compromiso de eliminar las desigualdades en materia de salud. Para garantizar una representación equitativa estamos buscando a diversos representantes de todas las áreas del estado.

*Aviso: los proveedores de tecnología no son elegibles para formar parte del HITOC, pero pueden tomarse en cuenta para grupos de trabajo o subcomités.*

El puesto para representantes tribales se encuentra vacante. El reclutamiento para este puesto se gestiona a través de Asuntos Tribales de la OHA y queda a discreción de las tribus.

**Detalles del servicio:**  
El HITOC se reúne cada dos meses durante 3 horas, de 12:30 p. m. a 3:30 p. m.   
Las reuniones se suelen llevar a cabo el primer jueves de los meses pares (consulte   
la [página de reuniones del HITOC](https://www.oregon.gov/oha/HPA/OHIT-HITOC/Pages/HITOC-Meetings.aspx) para ver el horario exacto). La mayoría de las reuniones son virtuales y los miembros pueden unirse en línea o por teléfono. El HITOC se reúne de forma presencial aproximadamente una vez al año, aunque existe la opción de unirse virtualmente. Los periodos de membresía duran 3 años y hay opciones para renovación.

**Sección 1: experiencia en tecnología de la información de salud**

**Enviar a:** [HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov](mailto:HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Puesto: |  |
| Organización: |  |
| Dirección: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |

**Estas preguntas complementan la sección 2, en la cual se hacen preguntas detalladas sobre experiencia y datos demográficos. Seleccione las áreas específicas de TI de salud en las que tiene habilidades, conocimientos   
o experiencia directa** (marque todas las que correspondan)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Áreas de experiencia  (**[**según el estatuto**](https://www.oregon.gov/oha/HPA/OHIT-HITOC/Documents/HITOCOHBP_Laws.pdf)**\*)**  Prestación de atención médica\*  TI de salud\*  Informática de la salud\*  Mejora de la calidad de la atención médica\*  Determinantes sociales de  la salud y apoyos sociales  Consumidores/pacientes  o defensa del consumidor  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | **Experiencia específica en TI de salud:**  Intercambio de información de salud  Intercambio de información comunitaria  Seguridad y privacidad  Análisis  Interoperabilidad  Mejora de la calidad  Finanzas  Gobierno de TI  Leyes y políticas. |

**Por favor, responda las siguientes preguntas.**

1. ¿Por qué le interesa participar en el HITOC?
2. Según las casillas que haya marcado anteriormente (relacionadas con áreas de experiencia y experiencia específica en TI de salud), describa la experiencia que usted puede aportar y que es relevante para el propósito y el trabajo del HITOC,   
   y cómo esta experiencia beneficiaría al HITOC.
3. ¿Puede comprometerse a asistir a reuniones bimestrales periódicas y a revisar los materiales antes de las reuniones?
4. Describa su experiencia como miembro de un comité, junta o grupo de colaboración.
5. ¿Hay algo más que le gustaría contarnos que pueda ser relevante para formar parte del HITOC?

**Sección 2- Encuesta demográfica para personas interesadas en servir en un comité del Oregon Health Policy Board (OHPB).**

**Formatos/Idiomas Alternativos**

Todos tienen derecho a conocer y participar en los comités de la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority- OHA por sus siglas en inglés). Si necesita esta información en un formato alternativo (como Braille, letra grande, audio u otros formatos) o en otro idioma, comuníquese con Laurel Moffat, correo electrónico: [HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov](mailto:HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov).

**Introducción**

Esta encuesta ayudará a la Autoridad de Salud de Oregón (OHA por sus siglas en Ingles) y a la Junta de Políticas de Salud de Oregón (OHPB) a reclutar un grupo más diverso de candidatos para servir en los comités de OHPB. Esta encuesta también se utilizará para recopilar y reportar información demográfica sobre los miembros que componen en este momento los comités de OHPB.

Lograr la equidad en salud es una prioridad para OHA, OHPB y la gobernadora del Estado. OHA ha establecido una meta estratégica de eliminar las inequidades en salud en Oregon para el año 2030. Para informar este trabajo OHPB y OHA han adoptado la siguiente definición de equidad en salud:

*Oregón habrá establecido un sistema de salud equitativo cuando todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar y no se vean desfavorecidas por su raza, etnia, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre estas comunidades o identidades, u otras circunstancias determinadas socialmente.*

*Lograr la equidad en salud requiere la colaboración continua de todas las regiones y sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales para abordar:*

*• La distribución o redistribución equitativa de recursos y poder; y*

*• Reconocer, reconciliar y rectificar las injusticias históricas y contemporáneas*.

Un paso vital hacia el logro de la equidad en la salud es mejorar la representación entre los miembros de los comités de OHPB. Estos importantes grupos asesores deben reflejar la diversidad demográfica de los habitantes de Oregón que reciben servicios prestados por OHA o que son impactados por sus políticas públicas. Los grupos asesores deben estar compuestos por miembros de la comunidad que tengan experiencia en las materias, experiencia en equidad en salud y diversidad de experiencias de vida e interculturales relevantes para promover la equidad en salud. Alentamos a los miembros a que aporten estas experiencias y conocimientos cuando participen en el trabajo del comité.

Complete esta encuesta para ayudar a OHA y OHPB a promover estas metas de equidad en salud. El personal de OHA que está trabajando en reclutamiento de miembros de los comités de OHPB tendrá acceso a esta base de datos y podrán compartir su información con los presidentes o enlaces de los comités que estén buscando nuevos miembros. Los datos recopilados por esta encuesta son información de dominio público y se informarán en conjunto a nivel del solicitante y de cada comité. Si bien su nombre no se vinculará con los datos que proporcione, debido a que algunos comités de OHPB son pequeños, podría ser posible identificar a miembros individuales del comité que han respondido a esta encuesta. **La información enviada con el propósito de expresar interés en formar parte de un Comité Asesor de la OHA puede estar sujeta a cumplir requisitos de acceso en virtud de la Ley de Registros Públicos de Oregon. Si le preocupa que dicha información se divulgue al público, es posible que deba abstenerse de completar ciertos campos en el cuestionario.**

Para más información sobre REALD por favor visite estas páginas:

<https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/REALD-Questions.aspx>

<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le7721a.pdf>

1. **Informacion General (Requerida)**
2. Nombre (Primer Nombre, Apellido)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Pronombre (Si hubiera)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Información de Contacto – Teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Información de Contacto – Correo electrónico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Organización para la que trabaja o representa (si hubiera)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el cargo que ocupa en su organización?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el comité de OHPB en que está interesado en servir?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En cuál comité de OHPB sirve en este momento (si hubiera)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En que región de Oregon vive?

Central (Crook, Deschutes, Hood River, Jefferson, Sherman, Wasco)

Costa (Clatsop, Columbia, Coos, Lincoln, Tillamook)

Este (Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Umatilla, Union,

Wallowa, Wheeler)

Portland Metro (Clackamas, Multnomah, Washington)

Sur (Curry, Douglas, Jackson, Josephine, Klamath)

Valle del Willamette (Benton, Lane, Linn, Marion, Polk, Yamhill)

Yo no vivo en Oregon

1. ¿Ha vivido o trabajado con personas que viven en áreas urbanas, suburbanas, o rurales? (Seleccione todas las que correspondan)

Urbana

Suburbana

Rural

1. **Equidad de salud/ Transcultura/Experiencia de vida**

Como parte del objetivo de OHPB de mejorar la representación en todos sus comités, el personal de OHA está recopilando información sobre experiencia en equidad en salud, experiencias de vida y experiencias interculturales de posibles miembros. Las preguntas a continuación tienen como finalidad reportar sobre su propia identidad en cuanto a su raza, etnia, idioma que habla, si es una persona con discapacidad, su edad, sexo, su identidad de género, su orientación sexual, su clase social y las intersecciones entre estas identidades, u otras circunstancias determinadas socialmente que afectan la equidad en la salud y la capacidad de cada individuo para alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar.

**Experiencia y conocimiento de equidad en salud**

* Por favor describa su conocimiento o experiencia en equidad en salud y su experiencia en equidad racial.
* Si es seleccionado como miembro del comité, ¿qué oportunidades ve para que ese Comité aborde la equidad en salud? ¿Equidad racial?

**Experiencia de vida**La experiencia vivida se refiere a la experiencia de vida de uno **basada en su propia identidad.**

• ¿Se identifica usted como una persona con "experiencia vivida" (es decir, alguien que tiene un conocimiento personal sobre el mundo que le rodea adquirido a través de su participación directa y de primera mano en eventos cotidianos como el racismo, la falta de vivienda, las enfermedades mentales, etc.)?

Si

No

* Si responde “si”, por favor describa las experiencias vividas que sean relevantes para la equidad en salud y por qué la equidad en salud es importante para usted, incluida cualquier experiencia que tenga trabajando en promover la equidad en salud.

**Experiencia Transcultural**

La experiencia transcultural se refiere a la experiencia voluntaria, personal o profesional de una persona con poblaciones y comunidades **diferentes** a la identidad con la que la persona se identifica.

• ¿Se identifica usted como una persona con "experiencia intercultural"?

Si

No

* Si su respuesta es sí, describa cualquier experiencia intercultural relevante para la equidad en salud y por qué la equidad en salud es importante para usted, incluida cualquier experiencia que tenga trabajando en promover la equidad en salud.

1. **Áreas de conocimiento o especialización**

Marque todas las que correspondan:

Mejorar la equidad y eliminar las disparidades en la salud

Abordar los determinantes sociales de salud

☐ Experiencia con comunidades de color, comunidades tribales e indígenas y / o comunidades de inmigrantes o refugiados (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con comunidades)

☐ Experiencia con la comunidad de personas con discapacidad (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con la comunidad)

☐ Experiencia con la comunidad LGBTQ + (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con la comunidad)

☐ Experiencia como miembro del Plan de Salud de Oregon (OHP)

☐ Experiencia como miembro del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace)

☐ Experiencia trabajando con miembros del OHP o del Mercado de Seguros de Salud

☐ Experiencia con comunidades tribales e indígenas (ya sea como miembro de una tribu o trabajando con tribus y comunidades tribales)

☐ Experiencia con comunidades de color y / o comunidades de inmigrantes o refugiados (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con comunidades)

☐ Sistema de prestación de servicios de salud

☐ Salud infantil

☐ Salud pública

☐ Costos de atención médica, métodos de pago alternativos

☐ Desarrollo de métricas relacionadas con la salud

☐ Reclutamiento, educación y retención de personal de la salud

☐ Tecnología de la información de salud, historiales médicos electrónicos

☐ No deseo responder

Para cada área de especialización que identificó anteriormente, proporcione una breve descripción de su experiencia en esa área.

1. **Sector (marque todas las que correspondan):**

☐ Consumidor / miembro de la comunidad

☐ Organización comunitaria (proveedor de servicios)

☐ Defensor del consumidor/consumidor o representante de la comunidad

☐ Representantes tribales (pueden incluir personal de la clínica tribal o aquellos que se identifican como miembros de grupos tribales en América o Alaska individualmente. Proveedores de salud en clínicas tribales por favor marcar la sección más abajo)

☐ Académico / de investigación

☐ Empleadores / empresa / empleador (privado, organización sin fines de lucro, etc.)

☐ Sindicato laboral

☐ Proveedor o clínica: Salud mental

☐ Proveedor o clínica: Salud oral (dental)

☐ Proveedor o clínica: Salud física

☐ Proveedor - Centro de salud calificado federalmente (FQHC/CHC por sus siglas en inglés)

☐ Proveedor-Centro o clínica de salud tribal

☐ Proveedor - Asociación de práctica clínica independiente

☐ Proveedor: Hospital y / o sistema de salud

☐ Proveedor - Otro

☐ Compañías de Seguro/pagadores externos: Organización de atención coordinada (CCOs por sus siglas en inglés)

☐ Compañías de Seguro/pagadores externos - Aseguradora de salud comercial

☐ Compañías de Seguro/pagadores externos - Organización de atención dental

☐ Compañías de Seguro/pagadores externos - Otro

☐ Corredor de seguros médicos

☐ Asociación de atención médica

☐ Departamento de salud pública

☐ Personal de agencia de gobierno estatal

☐ Servicios sociales

☐ Otro - describa

☐ No deseo responder

**Preguntas demográficas:**

Las siguientes preguntas demográficas se solicitarán a todos los miembros de los comités y aquellos que sean nominados a ser miembros de los comités. Las personas que expresen interés en membresía en un comité pueden optar por completar estas preguntas en una etapa posterior del proceso, pero el personal de OHA recomienda que las complete al momento de enviar su formulario de nominación.

1. **Raza y Etnia**

**Como parte de su compromiso de identificar y eliminar las inequidades en salud, la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) recopila datos demográficos detallados sobre los residentes de Oregón que se inscriben en el programa del Plan de Salud de Oregón (OHP), el programa Medicaid de Oregón. Pedimos a todos las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y sus miembros actuales) que respondan las mismas preguntas demográficas que les hacemos a los miembros del OHP.**

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.
2. Hispano o Latino/a/x

Centroamericano(a)

Mexicano(a)

Sudamericano(a)

Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

B. Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico

Chamoru (chamorro(a))

Marshalés(a)

Comunidades de la región de Micronesia

Nativo(a) de Hawái

Samoano(a)

Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

C. Blanca

☐ De Europa del Este

Eslavo(a)

De Europa Occidental

Otro grupo étnico blanco

D. Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

Indígena estadounidense

Nativo(a) de Alaska

Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)

Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

E. Negro(a) y afroestadounidense

Afroestadounidense

Afrocaribeño(a)

Etíope

Somalí

Africano(a) de otro origen (negro)

Otro grupo étnico negro

F. Del Oriente Medio/del Norte de África

Del Oriente Medio

Del Norte de África

G. Asiática

Indígena asiático(a)

Camboyano(a)

Chino(a)

Comunidades de Myanmar

Filipino(a)

Hmong

Japonés(a)

Coreano(a)

Laosiano(a)

Del sur de Asia

Vietnamita

Otros asiáticos

H. Otras Categorías

Otras (por favor indique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No se

No deseo responder

1. Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?

Si, indique cuál es su principal identidad racial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No, no tengo una sola identidad racial o étnica principal

No. Me identifico como birracial o multirracial.

No se

No deseo responder

**F. Idiomas**

**OHA pregunta a los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) sobre sus necesidades de acceso a apoyo en su idioma. Pedimos a las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y miembros actuales del Comité) que respondan las mismas preguntas sobre acceso al idioma que les hacemos a los miembros del Plan de Salud de Oregon.**

1. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si su respuesta a la pregunta #1 es inglés por favor sáltese las preguntas #2,3,4 y 5 y responda la pregunta #6.

1. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en persona, por teléfono o virtualmente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En qué idioma desea que le escribamos?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Necesita o desea un intérprete para que podamos comunicarnos con usted?

Si

No

No se

No deseo responder

1. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

Interprete de lenguaje hablado

Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos

Intérprete de lengua de señas estadounidense

Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés)

Otros (por favor mencione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Qué tan bien habla inglés?

Muy bien

Bien

No bien

Nada

No se

No deseo responder

**G. Discapacidad**

**OHA pregunta a los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) sobre su discapacidad. Pedimos a las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y miembros actuales del Comité) que respondan las mismas preguntas sobre discapacidad que les hacemos a los miembros del Plan de Salud de Oregon.**

1. ¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe qué se le pregunta en esta pregunta

1. ¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver, aunque lleve puestos lentes?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe que se le pregunta en esta pregunta

1. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe que se le pregunta en esta pregunta.

1. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

☐ No se

☐ No deseo responder

☐ No sabe que se le pregunta en esta pregunta

5. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

☐ No se

☐ No deseo responder

☐ No sabe que se le pregunta en esta pregunta

6. ¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

☐ No se

☐ No deseo responder

☐ No sabe que se le pregunta en esta pregunta

7. Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe que se le pregunta en esta pregunta.

8. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a), como visitar un consultorio médico o ir de compras?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe que se pregunta en esta pregunta.

9. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, ¿o tiene delirios o alucinaciones?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

No se

No deseo responder

No sabe que se pregunta en esta pregunta.

**H. Edad**

Hasta 15 años de edad

16-24 años de edad

25-40 años de edad

41-54 años de edad

55-64 años de edad

65 años de edad y más

No deseo responder

**I. Identidad de Genero**

La orientación sexual y la identidad de género son aspectos importantes de la diversidad de Oregón, donde los prejuicios en el sistema de atención médica pueden conducir a resultados de salud no equitativos. La Legislatura de Oregón agregó recientemente un requisito para que OHA (y el Departamento de Servicios Humanos de Oregón (ODHS)) recopilen e informen datos sobre la orientación sexual y la identidad de género de los residentes de Oregón que reciben servicios provistos por estas agencias, incluidos los miembros del Plan de Salud de Oregón (Proyecto de Ley 3159 (2021) de la Cámara de Representantes). Si bien OHA no ha finalizado cómo planea recopilar dichos datos, estas son las preguntas que fueron recomendadas por un grupo de miembros de la comunidad convocado por la División de Equidad e Inclusión de OHA en 2018.

1. Por favor, describa su género de la forma que usted prefiera.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su género? (marque todas las que correspondan)

Mujer/ Niña

Hombre/ Niña

Sin género/No género

No-Binario

Cuestionamiento

No aparece en esta lista. Por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No se

No sabe que se pregunta en esta pregunta

No deseo responder

3. ¿Es usted una persona transgénero?

Si

No

No aparece en la lista. Por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No se

No sabe que se pregunta en esta pregunta

No deseo responder

1. **Orientación sexual/Identidad**
2. Por favor describa su orientación sexual en la forma que usted prefiera

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Como describiría su orientación o su identidad sexual? (Marque todas las que se aplican)

Sentimientos románticos por personas del mismo genero

Sentimientos románticos por personas del mismo sexo

Lesbiana

Gay

Bisexual

Heterosexual (atracción principalmente o sólo hacia otro(s) genero(s))

Pansexual

Asexual

Queer

Cuestionamiento

No aparece en esta lista. Por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No se

No sabe que se pregunta en esta pregunta

No deseo responder

FINAL DE LA ENCUESTA

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

**Accesibilidad**

Todos tienen derecho a conocer y a utilizar los programas y servicios de la Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés). La OHA proporciona ayuda gratuita. Estos son algunos ejemplos de la ayuda gratuita que la OHA puede proporcionar:

* Transcripción simultánea (Communication Access Realtime Translation,   
  CART, por sus siglas en inglés) (subtítulos en directo)
* Intérpretes orales y de lengua de señas
* Materiales escritos en otros idiomas
* Braille
* Letra grande
* Audio y otros formatos.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese a [HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov](mailto:HITOC.INFO@odhsoha.oregon.gov). La OHA hará todo lo posible para atender las peticiones de material de solicitudes y/o reuniones.