

Suicide Prevention Program Participant Questionnaire (Spanish)

Name of Program _____

County Name _____

Date _____

**Programa de Prevención del Suicidio
Cuestionario de Participantes**

Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a mejorar nuestro programa. Esta encuesta es anónima y voluntaria. Seleccione la casilla que mejor represente cómo se siente acerca de sus experiencias con este programa.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni De Acuerdo ni En Desacuerdo	En Desacuerdo	Muy En Desacuerdo	No aplica
Como resultado directo de este programa:						
Soy más capaz de reconocer los signos, síntomas y riesgos del suicidio.						
Conozco mejor los recursos profesionales y de pares disponibles para ayudar a las personas que corren el riesgo de suicidarse.						
Estoy más dispuesto a aproximarme y ayudar a alguien si creo que puede estar en riesgo de suicidio.						
Sé más sobre cómo intervenir (he aprendido cosas específicas que puedo hacer para ayudar a alguien que está en riesgo de suicidio).						
Aprendí cómo cuidarme mejor y buscar ayuda si la necesito.						

Díganos qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Ni De Acuerdo ni En Desacuerdo	En Desacuerdo	Muy En Desacuerdo
Los presentadores demostraron conocimiento del tema.					
Los presentadores respetaron mi cultura (por ejemplo: raza, etnia, género, religión, etc.).					
Este programa fue relevante para mí y para otras personas con antecedentes y experiencias culturales similares (raza, etnia, género, religión, etc.).					

Información Demográfica

Si prefiere no contestar ninguna de las preguntas, marque "rechazar contestar" o deje la pregunta en blanco.

¿Cuál es su raza? (Marque sólo una casilla)	
Indio Americano o Nativo de Alaska	
Asiático	
Negro o Afroamericano	
Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico	
Blanco	
Otro: _____	
Más de una raza	
Rechazar responder	

¿Qué idioma hablan en casa con más frecuencia? (Marque sólo una casilla)	
Árabe	
Armenio	
Camboyano	
Cantonés	
Inglés	
Farsi	
Hmong	
Coreano	
Mandarín	
Otros Chinos	
Ruso	
Español	
Tagalo	
Vietnamita	
Lenguaje de señas estadounidense	
Otro: _____	
Rechazar responder	

¿Cuál es su identidad de género actual? (Puede marcar más de una casilla)	
Masculino	
Femenino	
Transgénero	
Género no binario	
Cuestionando o inseguro de la propia identidad de género	
Otra identidad de género: _____	
Rechazar responder	

¿Qué sexo le asignaron al nacer? (Marque sólo una casilla)	
Masculino	
Femenino	
Rechazar responder	

¿Cuál es su orientación sexual? (Marque sólo una casilla)	
Gay o lesbiana	
Heterosexual	
Bisexual	
Cuestionando o inseguro de la propia orientación sexual	
Queer	
Otra orientación sexual: _____	
Rechazar responder	

¿Cuál es su etnicidad? (Marque sólo una casilla. Si es multiétnico, marque "más de una etnia")	
Etnias hispanas o latinas:	
Caribe	
Centroamericano	
Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano	
Puertorriqueño	
Sudamericano	
Otro: _____	
Etnias no hispanas:	
Africano	
Asiático Indio/Sur de Asia	
Camboyano	
Chino	
Europeo Oriental	
Europeo	
Filipino	
Japonés	
Coreano	
Medio Oriente	
Vietnamita	
Otro: _____	
Más de un grupo étnico	
Rechazar responder	

¿Qué edad tiene? (Marque sólo una casilla)	
0-15 (niños/jóvenes)	
16-25 (jóvenes en edad de transición)	
26-59 (adultos)	
Mayores de 60 años (adultos mayores)	
Rechazar responder	

¿Tiene alguna discapacidad?*	
Sí	
No	
Rechazar responder	
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de discapacidad tiene? (Puede marcar más de una casilla)	
Discapacidad mental	
Una discapacidad física/movilidad	
Condición de salud crónica (incluido el dolor crónico)	
Dificultad para ver	
Dificultad para escuchar	
Otra discapacidad de comunicación : _____	
Otro tipo de discapacidad: _____	
Rechazar responder	
* Para este cuestionario, la discapacidad se define como una discapacidad mental o física que dura más de 6 meses y limita la actividad principal de la vida, pero que no es el resultado de una enfermedad mental grave.	

¿Es usted un veterano? (Marque sólo una casilla)	
Sí	
No	
Rechazar responder	