



LATINA SISTERS SUPPORT INC.

SURVEY /HEALTH QUESTIONNAIRE / QUESTIONARIO DE SALUD

* 1. What is your age?/ Cual es su edad?

* 2. What is your race? / Cual es su raza?

* 3. What is your ethnicity? / Cual es su etnicidad?

* 4. What is your Country of Citizenship?/ Cual es el país donde nació?

* 5. What is your Country of Residence? / Donde Reside?

* 6. What town/city do you reside in? / En qué ciudad reside?

* 7. What is your highest level of education? Cual es su nivel de educacion ?

* 8. What is your occupation? / Cual es su ocupación?

* 9. What is your Employment Status?/ Cual es su estado de empleo?

* 10. Are you married?/ cual es su estado civil?

* 11. Please list other household members and their ages./ Por favor indique el número de personas en el hogar.

* 12. What is your current income?/ Cual es su ingreso actual?

* 13. What is your past income?/ Cual es su ingreso en el pasado ?

* 14. Please list your past collective household income./ Por favor indique su ingreso pasado en total de su hogar.

* 15. Please list your current collective household income./ Por favor indique su ingreso actual actual en el hogar

* 16. Who is your insurance carrier?/ Cual es su compañía de Seguro de salud?

* 17. Are you have Medicare or Medicaid? Usted tiene el Seguro de Medicare o Medicaid

* 18. Do you have a family history of breast cancer? / Tiene historial familiar de cáncer de seno (u otros cancers ?

* 19. What is the type of breast cancer or other cancer? ¿Qué nivel y tipo de cáncer de seno (u) otro cáncer tiene?

* 20. What is your type of treatment?/ Cual es su tratamiento actual?

* 21. What is your Stage of Treatment? (i.e. Active, Maintenance, Complete) Cual es su estado actual de el tratamiento?

* 22. What is your anticipated duration of treatment?/ Cual es su periodo anticipado de tratamiento?