

<b>1. Date Received:</b> <input type="text" value="___-___-___"/> (M/D/Y)		<b>- Affix label here-</b>	
<b>2. Reviewed By:</b> <input type="text" value="____"/>		Clinical Center/ID: ____ - ____ - ____ - ____ First Name _____ M.I. _____ Last Name _____	
<b>3. Contact Type:</b> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Phone <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Visit <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mail <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Other	<b>4. Visit Type:</b> <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Semi-Annual    # <input type="text" value="___"/> <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Annual            # <input type="text" value="___"/> <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non-Routine	<b>5. Form Administration</b> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Self <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Interview <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Group <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Assistance	<b>6. Language</b> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input checked="" type="checkbox"/> <sub>2</sub> E        S
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b>			
El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 2 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigado las fuentes de datos que existen actualmente, colectando y manteniendo los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. A ninguna agencia se le permitirá llevar ni patrocinar una serie de datos colectivos, a menos que aparezca el número de control OMB válido; y al igual a ninguna persona se le requiere responder a lo mismo. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar estos cuestionarios completados a dichas direcciones.			

**Las siguientes preguntas corresponden a su origen étnico. Esta información servirá en describir los grupos de mujeres que toman parte en el Programa de La Mujer y Su Salud (WHI). Por favor conteste las dos preguntas. Marque con una “x” (☒) la cajita que Ud. piense sea la más indicada o escriba la información en el espacio indicado.**

1. ¿Es usted Española, Hispana, o Latina? Indique “No” si usted **no** es Española/Hispana/Latina.

- <sub>0</sub> No, no soy Española/Hispana/Latina
- <sub>1</sub> Sí, Puertorriqueña
- <sub>2</sub> Sí, Mexicana, México Americana, o Chicana
- <sub>3</sub> Sí, Cubana
- <sub>4</sub> Sí, otra Española/Hispana/Latina

(Favor de especificar a cuál grupo pertenece usted: \_\_\_\_\_)

**Pase a la siguiente página**

2. ¿A qué raza pertenece usted? **Marque una o más razas** para indicar la raza que usted misma se considera.

<sub>1</sub> Blanca

<sub>2</sub> Negra, Africana-Americana

<sub>3</sub> India Nativa Americana o Nativa de Alaska

(Favor de especificar la tribu principal o registro: \_\_\_\_\_)

<sub>4</sub> India Asiática

<sub>5</sub> China

<sub>6</sub> Filipina

<sub>7</sub> Japonesa

<sub>8</sub> Coreana

<sub>9</sub> Vietnamesa

<sub>10</sub> Otra raza Asiática (Favor de especificar la raza: \_\_\_\_\_)

<sub>11</sub> Hawaiana Nativa

<sub>12</sub> Guamaniana o Chamorroana

<sub>13</sub> Samoana

<sub>14</sub> Otra raza de las Islas de Pacífico (Favor de especificar la raza: \_\_\_\_\_)

<sub>15</sub> Alguna otra raza (Favor de especificar la raza: \_\_\_\_\_)