

Take Charge Participant Pre-Survey (Korean)

Admin Use Only: The facilitator or program staff should complete this part of the form.

Participant Number or Name: _____

Workshop ID: _____ **Site Name:** _____

Start date of program: _____ / _____ / _____ (e.g., 05/01/23)

Program Name:

- Take Charge of Your Health Take Charge of Your Pain wCDSMP
 Take Charge of Your Diabetes Cancer: Thriving and Surviving

1. How did you hear about this class?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physician or member of my healthcare team | <input type="checkbox"/> Health fair/ community event |
| <input type="checkbox"/> Insurance Company | <input type="checkbox"/> Congregate/ home delivered meal notification |
| <input type="checkbox"/> Community Organization | <input type="checkbox"/> Information Session/ presentation |
| <input type="checkbox"/> Care Coordinator | <input type="checkbox"/> Email |
| <input type="checkbox"/> Family member/friend | <input type="checkbox"/> Newsletter/ mass communication |
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Print ad/ newspaper |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Radio/ pod cast |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Religious Institution |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other social media | |

2. 의사 또는 기타 의료인이 이 프로그램에 참가할 것을 제안했습니까? 예 아니

3. 오늘 기준으로 몇 세입니까? _____ 세

4. 혼자 사십니까? 예 아니

5. 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 혈통입니까? 예 아니

6. 어떤 인종입니까? 해당 항목을 모두 선택해 주십시오.

- 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
 아시아인
 흑인 또는 아프리카계 미국인
 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
 백인
 기타 혈통(구체적으로 기재): _____

7. 현재 어떤 성별입니까(한 항목 선택)?

- 남자
- 여자
- 논바이너리
- _____(구체적으로 기재)
- 응답 거부

8. 자신을 트랜스젠더로 생각합니까?

- 예
- 아니요
- 응답 거부

9. 다음 중 자신을 가장 잘 표현한 항목은 무엇입니까? [한 항목 선택]:

- 레즈비언 또는 게이
- 이성애자. 게이나 레즈비언이 아님
- 양성애자
- [응답자가 AIAN인 경우:] 투 스피릿
- 다른 용어 사용(구체적으로 명시): _____
- 모름
- 응답 거부

10. 최종 학력을 선택해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 초등학교, 중학교 또는 고등학교	<input type="checkbox"/> 전문대학
<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 또는 GED(검정고시)	<input type="checkbox"/> 대학교(4년 이상)

11. 군 복무를 한 적이 있습니까? 예 아니

12. 지난 1년 동안 장기적인 건강 문제나 장애가 있는 친구 또는 가족에게 정기적인 간호나 도움을 제공했습니까? 예 아니

13. 스스로 평가하는 전반적인 자신의 건강은 어떻습니까?
 우수 매우 양호 양호 나 나쁨

14. 의료인이 여러분에게 다음과 같은 만성 질환(3개월 이상 지속된 상태)이 있다고 알려 준 적이 있습니까? 예 또는 아니요를 X 표시로 답해 주십시오

	예	아 니 요		예	아 니 요
알츠하이머병 또는 기타 치매			콩팥병		
불안 장애			영양실조		
관절염/류머티즘			비만		
천식/폐기종/기타 만성적 호흡 또는 폐 문제			골다공증(골 밀도 저하)		
암 환자 또는 암 생존자			외상 후 스트레스 장애		

