



Cuestionario de Idioma y Raza/Etnicidad

Es Necesario que el Ventura County Health Care Plan (VCHCP) encueste a nuestros miembros para identificar sus preferencias de idioma y solicitar información sobre raza / etnicidad. Si es necesario, use una forma adicional para dependientes adicionales.

Nombre del suscriptor: _____	# de identificación del VCHCP: _____
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____ Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____	
2. Por favor especifique su raza/etnicidad (opcional) – Elija uno o más. ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska (Por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros de la Reserva India de los Pies Negros de Montana, la Aldea Nativa del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, la Comunidad Esquimal Nome, los Aztecas, los Mayas, etc.) ☐ Asiático (Por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.) ☐ Negro o Africoamericano (Por ejemplo, afroamericanos, jamaquinos, haitianos, nigerianos, etíopes, somalíes, etc.) ☐ Hispano o Latino (Por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.) ☐ Oriente Medio o norte de África (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etc.) ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico (Por ejemplo, nativo hawaiano, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshallés, etc.) ☐ Blanco (Por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.)	

Nombre del suscriptor: _____	# de identificación del VCHCP: _____
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____ Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____	
2. Por favor especifique su raza/etnicidad (opcional) – Elija uno o más. ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska (Por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros de la Reserva India de los Pies Negros de Montana, la Aldea Nativa del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, la Comunidad Esquimal Nome, los Aztecas, los Mayas, etc.) ☐ Asiático (Por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.) ☐ Negro o Africoamericano (Por ejemplo, afroamericanos, jamaquinos, haitianos, nigerianos, etíopes, somalíes, etc.) ☐ Hispano o Latino (Por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.) ☐ Oriente Medio o norte de África (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etc.) ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico (Por ejemplo, nativo hawaiano, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshallés, etc.) ☐ Blanco (Por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.)	

Nombre del suscriptor: _____	# de identificación del VCHCP: _____
1. Preferencia de lenguaje <u>hablado</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____ Preferencia de lenguaje <u>escrito</u>: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____	
2. Por favor especifique su raza/etnicidad (opcional) – Elija uno o más. ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska (Por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros de la Reserva India de los Pies Negros de Montana, la Aldea Nativa del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, la Comunidad Esquimal Nome, los Aztecas, los Mayas, etc.) ☐ Asiático (Por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.) ☐ Negro o Africoamericano (Por ejemplo, afroamericanos, jamaquinos, haitianos, nigerianos, etíopes, somalíes, etc.) ☐ Hispano o Latino (Por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.) ☐ Oriente Medio o norte de África (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etc.) ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico (Por ejemplo, nativo hawaiano, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshallés, etc.) ☐ Blanco (Por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.)	

Recuerde, llame al VCHCP al (805) 981-5050 o (800) 600-8247 para asistencia en comunicarse en otro idioma. TDD/TTY para las personas con deficiencia auditiva al (800) 735-2929 para comunicarse en Inglés o al (800) 855-3000 para comunicarse en Español.

Por favor envíe el formulario completo a Servicios para Miembros de VCHCP por correo, fax o por correo electrónico: VCHCP.Memberservices@venturacounty.gov