

Formulario de datos del cliente 303

ANTECEDENTES:

En 2023, la Legislatura de Oregon adoptó el proyecto de ley 303 (Senate Bill, SB 303) y ahora está codificado en el [Estatuto Revisado de Oregon \(Oregon Revised Statute, ORS\) 475A.372](#) y el [ORS 475A.374](#). El SB 303 exige que los centros de servicios de psilocibina reúnan y recopilen cierta información de los clientes e informen los números totales ante los Servicios de Psilocibina de Oregon (Oregon Psilocybin Services, OPS) cada tres meses a partir de 2025.

DATOS RECOPIADOS DEL CLIENTE:

En este formulario se utiliza un conjunto de preguntas estándares sobre raza, etnicidad, idioma y discapacidad ([REALD](#)), y orientación sexual, identidad y expresión de género ([SOGI](#)). Estas preguntas se elaboraron mediante un proceso de participación pública llevado a cabo por la División de Equidad e Inclusión de la Oregon Health Authority (OHA) después de ser codificado en la ley de Oregon.

Los datos reflejan la diversidad de las personas que reciben los servicios de psilocibina en Oregon y pueden promover la equidad y la inclusión en las comunidades más afectadas por las desigualdades, injusticias y disparidades relacionadas con la salud. Al compartir estos datos, los clientes contribuyen a un conjunto de datos combinados (agregados) que pueden utilizarse para evaluar la seguridad de los servicios de psilocibina y la accesibilidad para diferentes poblaciones de clientes.

CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LOS DATOS:

Conforme al ORS 475A.372 y al ORS 475A.374, los centros de servicios con licencia deben recopilar la información de los clientes de forma que se proteja la información de identificación personal. Las cifras totales se enviarán a través de un sistema seguro a los Servicios de Psilocibina de Oregon.

Una vez que los centros de servicios presenten estos números, OPS garantizará que los datos a nivel estatal sean anonimizados antes de publicarlos en el Tablero de datos de OPS. OPS prioriza la privacidad y la seguridad de los datos y seguirá los estándares de datos establecidos por la Oregon Health Authority.

OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DEL CLIENTE

Los clientes pueden decidir que sus respuestas a las siguientes preguntas no se presenten ante los Servicios de Psilocibina de Oregon (OPS). Si no desea que sus respuestas se incluyan en las cifras totales presentadas ante OPS, marque la casilla a continuación:

No deseo que mis respuestas se presenten ante los Servicios de Psilocibina de Oregon.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas o en otros formatos. **Para solicitar adaptaciones, póngase en contacto con los Servicios de Psilocibina de Oregon en OHA.psilocybin@oha.oregon.gov o al 1-971-673-0322.** Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión; también puede llamar al 711.

1. Raza y etnicidad

¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? **Marque todas las opciones que correspondan.**

Hispano o latino

Centroamericano Mexicano Sudamericano Otra persona hispana o latina

Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

Chamoru (Chamorro) Comunidades de la región de Micronesia Samoano
 Marshalés Nativo hawaiano Otro origen de las Islas del Pacífico

Blanco

De Europa del Este Esloveno De Europa Occidental Otro origen blanco

Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska

Aborigen de América del Norte Inuit, Métis o Primeras Naciones de Canadá
 Nativo de Alaska Indígena de México, América Central o América del Sur

Negro y afroamericano

Afroamericano Etíope Otro origen africano (negro)
 Afrocaribeño Somalí Otro origen negro

De Oriente Medio/Norte de África

De Oriente Medio Del Norte de África

Asiático

Asiático indio Comunidades de Myanmar Japonés Sudasiático
 Camboyano Filipino Coreano Vietnamita

<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático
Categorías adicionales			
<input type="checkbox"/> Otro (no enumerado)	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

2. Identidad racial o étnica principal

Si marcó **más de una** categoría, ¿hay **alguna** que considere como su identidad racial o étnica **principal**?

<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, encierre con un círculo su identidad racial o étnica principal arriba.	<input type="checkbox"/> No tengo una sola identidad racial o étnica principal.	<input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.	<input type="checkbox"/> No corresponde. Marque una sola categoría arriba.	<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
--	---	---	--	--

3. Idioma hablado preferido

<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Chino tradicional	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Oromo (Cushitas)	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Chuukés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Pohnpeiano	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ucraniano
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Lao	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Chino simplificado	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Otro

4. Idioma escrito preferido

<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Chino tradicional	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Oromo (Cushitas)	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Chuukés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Pohnpeiano	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ucraniano
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Lao	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Chino simplificado	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Otro

5. Estado de discapacidad

¿Es usted **sordo** o tiene alguna **dificultad auditiva grave**?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?

<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	

¿Es usted **ciego** o tiene **dificultades visuales graves**, incluso cuando usa anteojos?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?

<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	
¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?			
<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	
Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?			
<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	
¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?			
<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	
¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer cosas que la mayoría de la gente de su edad puede aprender?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?			
<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	
Al usar su idioma habitual (de costumbre) , ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para entender a los demás o que le entiendan)?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> No entiendo a qué se refiere esta pregunta			
Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección?			
<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/> Entre los 21 y los 40 años	<input type="checkbox"/> Entre los 61 y los 80 años	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Antes de los 21 años	<input type="checkbox"/> Entre los 41 y los 60 años	<input type="checkbox"/> Después de los 81 años	

Debido a una **afección física, mental o emocional**, ¿tiene **dificultades para hacer mandados por su cuenta**, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?

- Sí No No sé Prefiero no responder

Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección?

- Desde el nacimiento Entre los 21 y los 40 años Entre los 61 y los 80 años Prefiero no responder
- Antes de los 21 años Entre los 41 y los 60 años Después de los 81 años

¿Tiene **serias dificultades** con lo siguiente: **estado de ánimo, sentimientos intensos, control de su comportamiento, o experimenta delirios o alucinaciones?**

- Sí No No sé Prefiero no responder
- No entiendo a qué se refiere esta pregunta

Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección?

- Desde el nacimiento Entre los 21 y los 40 años Entre los 61 y los 80 años Prefiero no responder
- Antes de los 21 años Entre los 41 y los 60 años Después de los 81 años

6. Identidad de género

¿Cuál es su género? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Mujer Demichico No enumerado No sé
- Hombre Demichica Tengo una identidad de género que no se enumera en la lista y que es específica de mi etnicidad No entiendo a qué se refiere esta pregunta
- No binario Género fluido Prefiero no responder
- Agénero o ningún género Género queer
- Bigénero Cuestionando /Explorando

¿Es transgénero? **Seleccione una.**

- Sí Cuestionando No entiendo a qué se refiere esta pregunta Prefiero no responder
- No /Explorando No sé

7. Sexo

¿Cuál es su sexo? **Seleccione una.**

- Mujer Intersexual No sé No entiendo a qué se refiere esta pregunta
- Hombre No enumerado Prefiero no responder

8. Orientación sexual

7. ¿Cuál es su orientación sexual? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le gustan las personas de su mismo género | <input type="checkbox"/> Pansexual | <input type="checkbox"/> Cuestionando /Exploración | <input type="checkbox"/> No entiendo a qué se refiere esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> No enumerado | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Gay | <input type="checkbox"/> Espectro asexual | <input type="checkbox"/> No lo sé | |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Queer | | |

9. Ingresos anuales del hogar

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$11,200 | <input type="checkbox"/> \$44,726-\$95,375 | <input type="checkbox"/> \$182,101-\$231,250 | <input type="checkbox"/> \$578,126+ |
| <input type="checkbox"/> \$11,001-\$44,725 | <input type="checkbox"/> \$95,376-\$182,100 | <input type="checkbox"/> \$231,251-\$578,125 | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

10. Edad

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 21-24 años | <input type="checkbox"/> 40-44 años | <input type="checkbox"/> 60-64 años | <input type="checkbox"/> 80-84 años |
| <input type="checkbox"/> 25-29 años | <input type="checkbox"/> 45-49 años | <input type="checkbox"/> 65-69 años | <input type="checkbox"/> +85 años |
| <input type="checkbox"/> 30-34 años | <input type="checkbox"/> 50-54 años | <input type="checkbox"/> 70-74 años | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> 35-39 años | <input type="checkbox"/> 55-59 años | <input type="checkbox"/> 75-79 años | |

11. Condado de residencia

Condado de Oregon:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baker | <input type="checkbox"/> Douglas | <input type="checkbox"/> Lake | <input type="checkbox"/> Sherman |
| <input type="checkbox"/> Benton | <input type="checkbox"/> Gilliam | <input type="checkbox"/> Lane | <input type="checkbox"/> Tillamook |
| <input type="checkbox"/> Clackamas | <input type="checkbox"/> Grant | <input type="checkbox"/> Lincoln | <input type="checkbox"/> Umatilla |
| <input type="checkbox"/> Clatsop | <input type="checkbox"/> Harney | <input type="checkbox"/> Linn | <input type="checkbox"/> Union |
| <input type="checkbox"/> Columbia | <input type="checkbox"/> Hood River | <input type="checkbox"/> Malheur | <input type="checkbox"/> Wallowa |
| <input type="checkbox"/> Coos | <input type="checkbox"/> Jackson | <input type="checkbox"/> Marion | <input type="checkbox"/> Wasco |
| <input type="checkbox"/> Crook | <input type="checkbox"/> Jefferson | <input type="checkbox"/> Morrow | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Curry | <input type="checkbox"/> Josephine | <input type="checkbox"/> Multnomah | <input type="checkbox"/> Wheeler |
| <input type="checkbox"/> Deschutes | <input type="checkbox"/> Klamath | <input type="checkbox"/> Polk | <input type="checkbox"/> Yamhill |

Otra ubicación dentro de los Estados Unidos de América, los territorios de los EE. UU. o los Estados Libremente Asociados de la República de las Islas Marshall, la República de Palau y los Estados Federados de Micronesia

Una ubicación fuera de los Estados Unidos de América, los territorios de los EE. UU. o los Estados Libremente Asociados de la República de las Islas Marshall, la República de Palau y los Estados Federados de Micronesia

Prefiero no responder

12. Motivos por los cuales solicita servicios de psilocibina

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Salud y bienestar general
- Acceso a opciones de salud y bienestar cultural y lingüísticamente sensibles
- Aumento de la creatividad
- Cambio de perspectiva o motivación
- Expansión de la conciencia
- Espiritualidad o motivos religiosos
- Desarrollo de la identidad de género
- Agotamiento físico o mental
- Dolor crónico
- Lesión cerebral
- Angustia psicológica al final de la vida
- Consumo de tabaco, alcohol o de sustancias
- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos alimentarios
- Trastorno por estrés postraumático (PTSD)
- Otro diagnóstico de salud mental
- Problemas de salud mental o emocional no diagnosticados
- Factores económicos que influyen en la salud, incluidos los efectos de la pobreza a corto o largo plazo, la inseguridad alimentaria o la falta de vivienda
- Trauma por motivos de raza o etnicidad
- Trauma por motivos de género o sexualidad
- Trauma relacionado con violencia doméstica o agresión sexual
- Trauma relacionado con combates o el servicio militar
- Trauma relacionado con la colonización, la reubicación o el desplazamiento
- Otro tipo de trauma
- Otros motivos no enumerados aquí
- No lo sé
- Prefiero no responder