

# ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE LONG ISLAND

***¡Su opinión es importante para nosotros!***

El objetivo de esta encuesta es obtener su opinión sobre problemas de salud que son importantes en su comunidad. Los Departamentos de Salud de los Condados y los hospitales de Long Island, en conjunto, emplearán los resultados de esta encuesta y otra información para ayudar a diseñar programas de salud en su comunidad. Por favor complete solo una encuesta por adulto mayor de 18 años. Las respuestas de la encuesta son anónimas. Gracias por participar.

## **1. ¿Cuáles son las mayores inquietudes de salud en SU COMUNIDAD? (Por favor marque 3 como máximo)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma/enfermedad pulmonar   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Seguridad                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                     | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y enfermedades                | <input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles      |
| <input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil | de transmisión sexual (ETS)                                     | mediante vacunación                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Salud mental/ depresión/suicidio       | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol  | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso               |  |
| <input type="checkbox"/> Riesgos ambientales        | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique) _____    |  |

## **2. Actualmente, ¿cuáles son las mayores inquietudes de salud para USTED? (Por favor marque 3 como máximo)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma/enfermedad pulmonar   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Seguridad                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                     | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y enfermedades                | <input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles      |
| <input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil | de transmisión sexual (ETS)                                     | mediante vacunación                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Salud mental/ depresión/suicidio       | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol  | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso               |  |
| <input type="checkbox"/> Riesgos ambientales        | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique) _____    |  |

**3. ¿Qué factores impiden que usted y su familia reciban tratamiento médico? (Marque 3 como máximo)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Creencias culturales / religiosas  | <input type="checkbox"/> Falta de médicos disponibles | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de pagar copagos/deducibles |
| <input type="checkbox"/> No saber cómo encontrar un médico  | <input type="checkbox"/> Barreras del idioma          | <input type="checkbox"/> No hay impedimentos                       |
| <input type="checkbox"/> No entender la necesidad de consultar a un médico  | <input type="checkbox"/> Falta de seguro médico       | <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique)             |
| <input type="checkbox"/> Transporte   |   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Temor (por ejemplo, no estar listo para enfrentar/hablar sobre un problema de salud/estado de inmigración) |   |  |

**4. ¿Qué es lo que MÁS se necesita para mejorar la salud de su comunidad? (Por favor 3 como máximo)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aire y agua limpios                                       | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental            | <input type="checkbox"/> Programas para dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación del abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Instalaciones recreativas            | <input type="checkbox"/> Transporte                    |
| <input type="checkbox"/> Opciones de alimentación más saludables                   | <input type="checkbox"/> Opciones seguras de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Programas para bajar de peso  |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo                                   | <input type="checkbox"/> Lugares seguros para caminar/jugar   | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)  |
|  | <input type="checkbox"/> Lugares seguros de trabajo           | _____  |

**5. ¿Qué exámenes de salud o servicios de educación/información se necesitan en su comunidad? (Por favor marque 3 como máximo)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial                            | <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación                          | <input type="checkbox"/> Salud mental/depresión                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                      | <input type="checkbox"/> Preparación para emergencias                           | <input type="checkbox"/> Nutrición                              |
| <input type="checkbox"/> Colesterol                                  | <input type="checkbox"/> Ejercicio/actividad física                             | <input type="checkbox"/> Atención prenatal                      |
| <input type="checkbox"/> Revisiones odontológicas                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                                    | <input type="checkbox"/> Prevención del suicidio                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y Enfermedades<br>de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Vacunas                                |
| <input type="checkbox"/> Información sobre brotes<br>de enfermedades | <input type="checkbox"/> Importancia de exámenes de rutina<br>en personas sanas | <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique)<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Drogas y alcohol                            |   |   |

**6. ¿Dónde obtienen, usted y su familia, la mayor parte de su información sobre salud? (Marque todas las opciones que correspondan)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico/profesional de la salud | <input type="checkbox"/> Redes sociales(Facebook, Twitter) | <input type="checkbox"/> Biblioteca                            |
| <input type="checkbox"/> Internet                       | <input type="checkbox"/> Escuela primaria/secundaria       | <input type="checkbox"/> Televisión                            |
| <input type="checkbox"/> Familiares o amigos            | <input type="checkbox"/> Periódicos/revistas               | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud                 |
| <input type="checkbox"/> Radio                          | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo                  | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Hospital                       | <input type="checkbox"/> Organización religiosa            |  |

*Por favor complete la siguiente información solo para fines estadísticos:*

**Me identifico como:**       Hombre                       Mujer                       Otro

**¿Qué edad tiene?** \_\_\_\_\_

**Código postal de residencia:** \_\_\_\_\_

**Ciudad de residencia:** \_\_\_\_\_

**¿De qué raza se considera?**

Blanca/caucásica

Nativa americana

Multiracial

Negra/afroamericana

Asiática/isleña del Pacífico

Otra (por favor especifique)  
\_\_\_\_\_

**¿Es usted hispano(a) o latino(a)?**

Sí

No

**¿Qué idioma habla usted en su casa? (Marque todos los que corresponda.)**

Inglés

Portugués

Español

Italiano

Farsi

Polaco

Chino

Coreano

Hindú

Criollo haitiano

Criollo francés

Otro

**Teniendo en cuenta todas las fuentes de ingreso, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar?**

\$0-\$19,999

\$20,000 a \$34,999

\$35,000 a \$49,999

\$50,000 a \$74,999

\$75,000 a \$125,000

Más de \$125,000

**¿Cuál es su nivel más alto de educación alcanzado?**

Kinder-8º grado

Escuela técnica

Escuela de postgrado

- Doctorado  Algunos años de educación terciaria  Algunos años de educación  
 Bachiller  Graduado universitario  secundaria  
 Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su situación laboral actual?**

- Jornalero  Trabajador independiente  Desempleado y buscando trabajo  
 Estudiante  Retirado  Desempleado pero no busco trabajo  
 Militar

**¿Actualmente posee seguro médico?**  Sí  No  No, pero tuve con anterioridad

**¿Qué tipo de seguro tiene? (Marque todos los que corresponda)**

- Medicaid  Medicare  Privado/Comercial  Sin seguro

**¿Tiene acceso a Internet confiable en su hogar?**  Sí  No

**Si tiene problemas de salud o dificultades para recibir asistencia, por favor llame a la Red LIHC para obtener información sobre los recursos disponibles al 631-963-4167.**

**Por favor entregue esta encuesta completada a:  
LIHC  
Nassau-Suffolk Hospital Council  
1383 Veterans Memorial Highway,  
Suite 26  
Hauppauge, NY 11788  
También puede enviar la encuesta completada por fax al 631-716-6920**

**En Long Island, todos los hospitales sin fines de lucro ofrecen ayuda financiera a las personas que no pueden pagar la totalidad o parte de su atención de emergencia u otra atención médica necesaria.**

**Para obtener información sobre la ayuda financiera que ofrecen los hospitales de Long Island, por favor visite el sitio web de cada hospital.**