

# **ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA 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 de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles mediante vacunación |
| <input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil | <input type="checkbox"/> Salud mental  | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> depresión/suicidio                                  | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique)                |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol  | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso                            | _____   |
| <input type="checkbox"/> Riesgos ambientales        |  |   |

## **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 de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles mediante vacunación |
| <input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil | <input type="checkbox"/> Salud mental  | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> depresión/suicidio                                  | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique)                |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol  | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso                            | _____   |
| <input type="checkbox"/> Riesgos ambientales        |  |   |

## **3. ¿Qué factores impiden que usted y su familia reciban tratamiento médico? (Por favor 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 de transmisión sexual (ETS) | <input type="checkbox"/> Vacunas                       |
| <input type="checkbox"/> Información sobre brotes de enfermedades | <input type="checkbox"/> Importancia de exámenes de rutina en personas sanas | <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique) |
| <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"/> Biblioteca                  | <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Familiares o amigos            | <input type="checkbox"/> Periódicos/revistas         | <input type="checkbox"/> Televisión                               |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud          | <input type="checkbox"/> Radio                       | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo                         |
| <input type="checkbox"/> Hospital                       | <input type="checkbox"/> Organización religiosa      | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)             |
| <input type="checkbox"/> Internet                       | <input type="checkbox"/> Escuela primaria/secundaria | _____   |

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?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca/caucásica    | <input type="checkbox"/> Nativa americana             | <input type="checkbox"/> Multiracial                  |
| <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana | <input type="checkbox"/> Asiática/isleña del Pacífico | <input type="checkbox"/> 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.)**

- |                                 |                                    |                                  |   |  |                                 |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Italiano         | <input type="checkbox"/> Farsi           | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Chino  | <input type="checkbox"/> Coreano   | <input type="checkbox"/> Hindú   | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Criollo francés | <input type="checkbox"/> Otro   |

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$19,999        | <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$34,999  | <input type="checkbox"/> \$35,000 a \$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$125,000 | <input type="checkbox"/> Más de \$125,000    |

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinder-8º grado                      | <input type="checkbox"/> Escuela técnica                     | <input type="checkbox"/> Escuela de postgrado         |
| <input type="checkbox"/> Algunos años de educación secundaria | <input type="checkbox"/> Algunos años de educación terciaria | <input type="checkbox"/> Doctorado                    |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                            | <input type="checkbox"/> Graduado universitario              | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
- \_\_\_\_\_

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

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jornalero  | <input type="checkbox"/> Trabajador independiente | <input type="checkbox"/> Desempleado y buscando trabajo    |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Retirado                 | <input type="checkbox"/> Desempleado pero no busco trabajo |
| <input type="checkbox"/> Militar    |   |  |

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

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

- |                                   |                                   |  |                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Privado/Comercial | <input type="checkbox"/> Sin seguro |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

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

<p>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 631-257-6957.</p>	<p>Por favor entregue esta encuesta completada a:</p> <p><b>LIHC</b></p> <p>Nassau-Suffolk Hospital Council</p> <p>1383 Veterans Memorial Highway, Suite 26</p> <p>Hauppauge, NY 11788</p> <p>También puede enviar la encuesta completada por fax al 631-716-6920</p>	<p>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.</p> <p>Para obtener información sobre la ayuda financiera que ofrecen los hospitales de Long Island, por favor visite el sitio web de cada hospital.</p>
---	---	---