

# 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.

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

- Asma/enfermedad pulmonary
- Cáncer
- Salud y bienestar infantil
- Diabetes
- Abuso de drogas y alcohol
- Riesgos ambientales
- Enfermedad cardíaca y derrame cerebral
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Salud mental depresión/suicidio
- Obesidad/pérdida de peso
- Seguridad
- Enfermedades prevenibles mediante vacunación
- Salud y bienestar de la mujer
- Otras (por favor especifique) \_\_\_\_\_

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

- Asma/enfermedad pulmonary
- Cáncer
- Salud y bienestar infantil
- Diabetes
- Abuso de drogas y alcohol
- Riesgos ambientales
- Enfermedad cardíaca y derrame cerebral
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Salud mental depresión/suicidio
- Obesidad/pérdida de peso
- Seguridad
- Enfermedades prevenibles mediante vacunación
- Salud y bienestar de la mujer
- Otras (por favor especifique) \_\_\_\_\_

## 3. ¿Qué factores impiden que la gente de su comunidad reciba tratamiento médico? (Por favor marque 3 como máximo)

- Creencias culturales / religiosas
- Falta de médicos disponibles
- Imposibilidad de pagar copagos/deducibles
- No saber cómo encontrar un médico
- Barreras del idioma
- No entender la necesidad de consultar a un médico
- Falta de seguro médico
- No hay impedimentos
- Transporte
- Temor (por ejemplo, no estar listo para enfrentar/hablar sobre un problema de salud)
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

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

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

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

- Presión arterial
- Cáncer
- Colesterol
- Revisiones odontológicas
- Diabetes
- Información sobre brotes de enfermedades
- Drogas y alcohol
- Trastornos de la alimentación
- Preparación para emergencias
- Ejercicio/actividad física
- Enfermedad cardíaca
- VIH/SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Importancia de exámenes de rutina en personas sanas
- Salud mental/depression
- Nutrición
- Atención prenatal
- Prevención del suicidio
- Vacunas
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

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

- Médico/profesional de la salud
- Familiares o amigos
- Departamento de Salud
- Hospital
- Internet
- Biblioteca
- Periódicos/revistas
- Radio
- Organización religiosa
- Escuela primaria/secundaria
- Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)
- Televisión
- Lugar de trabajo
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Por favor complete la siguiente información solo para fines estadísticos:

**Me identifico como:**

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- No binario / no conforme
- Prefiero no responder

**¿Qué edad tiene?**

- 18-24 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55-64 años
- 65+ años

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

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

**¿De qué raza se considera?**

- Blanca
- Negra / afroamericana
- Asian
- Native Hawaiian and Other Pacific Islander
- American Indian and Alaska Native
- Otro \_\_\_\_\_
- Dos o más

**¿Es usted hispano(a) o latino(a)?**

- No Hispano(a) o Latino(a)
- Hispano(a) or Latino(a)
- Desconocido

**¿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
- Algunos años de educación secundaria
- Algunos años de educación terciaria
- Doctorado
- Bachiller
- Graduado universitario
- 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.**