

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE LONG ISLAND Y ESTE QUEENS

¡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/ depresión/suicidio | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique) _____ | |
| <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/ depresión/suicidio | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar de la mujer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad/pérdida de peso | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Otras (por favor especifique) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Riesgos ambientales | | |

3. ¿Qué factores impiden que la gente de su comunidad reciba 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) | | |

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"/> 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) _____ |
| <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?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinder-8º grado | <input type="checkbox"/> Escuela técnica | <input type="checkbox"/> Escuela de postgrado |
| <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Algunos años de educación terciaria | <input type="checkbox"/> Algunos años de educación secundaria |
| <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 un teléfono inteligente? 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 631-257-6957.

**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 631-435-2343**

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.