

# 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 temas de salud que son importantes en la comunidad. Los Departamentos de Salud y los hospitales del condado de Long Island utilizarán los resultados de la encuesta junto con otra información para ayudar a establecer programas de salud específicos en la comunidad. Solo se debe completar una encuesta por cada adulto de 18 años de edad o mayor. Las respuestas a la encuesta son anónimas. Gracias por su participación.

## 1. ¿Cuál de las siguientes necesidades sociales relacionadas con la salud no han sido atendidas en su comunidad? (Marque hasta 3 opciones)

- Bienestar económico
- Bienestar mental y consumo de sustancias
- Comunidades seguras y saludables
- Cobertura de seguro de salud y acceso a cuidados médicos
- Niños saludables
- Éxito y logros académicos de estudiantes entre el preescolar y el
- 12<sup>o</sup> grado

## 2. ¿Cuáles son las cuestiones sanitarias o sociales más importantes en LA COMUNIDAD DONDE VIVE? (Marque hasta 5 opciones)

- Acceso a cuidados prenatales
- Acceso a vacunas
- Experiencias adversas durante la niñez
- Consumo de alcohol
- Ansiedad/estrés
- Enfermedad pulmonar/asma
- Cáncer
- Cuidado de las personas mayores
- Salud conductual infantil
- Salud y bienestar infantil
- Depresión
- Diabetes
- Abuso y sobredosis de drogas
- Riesgos ambientales (contaminación de agua/suelos/aire, plomo, etc.)
- Caídas de personas mayores
- Enfermedad cardíaca y accidentes cerebrovasculares
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Inestabilidad de situación de Vivienda
- Infecciones
- Mortalidad maternal e infantil
- Pérdida de memoria
- Nutrición/hábitos de alimentación
- Inseguridad nutricional
- Obesidad/problemas de pérdida de peso
- Problemas de salud buccal
- Pobreza
- Nacimientos prematuros
- Lesiones evitables
- Colisiones automovilísticas
- Lesiones de peatones
- Seguridad
- Estilo de vida sedentario/falta de actividad física
- Tabaquismo/vapeo/consumo de tabaco
- Suicidio
- Embarazo adolescente
- Desempleo

- Falta o insuficiencia de cobertura de seguro médico
- Enfermedades evitables mediante vacunación
- Violencia
  - En el hogar, en la relación de pareja
  - Armas  Asesinatos  Violación
- Salud y bienestar femenino
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## 3. ¿Cuáles son las cuestiones sanitarias o sociales más importantes para USTED? (Marque hasta 5 opciones)

- Acceso a cuidados prenatales
- Acceso a vacunas
- Experiencias adversas durante la niñez
- Consumo de alcohol
- Ansiedad/estrés
- Enfermedad pulmonar/asma
- Cáncer
- Cuidado de las personas mayores
- Salud conductual infantil
- Salud y bienestar infantil
- Depresión
- Diabetes
- Abuso y sobredosis de drogas
- Riesgos ambientales (contaminación de agua/suelos/aire, plomo, etc.)
- Caídas de personas mayores
- Enfermedad cardíaca y accidentes cerebrovasculares
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Inestabilidad de situación de Vivienda
- Infecciones
- Mortalidad maternal e infantil
- Pérdida de memoria
- Nutrición/hábitos de alimentación
- Inseguridad nutricional
- Obesidad/problemas de pérdida de peso
- Problemas de salud buccal
- Pobreza
- Nacimientos prematuros
- Lesiones evitables
- Colisiones automovilísticas
- Lesiones de peatones
- Seguridad
- Estilo de vida sedentario/falta de actividad física
- Tabaquismo/vapeo/consumo de tabaco
- Suicidio
- Embarazo adolescente
- Desempleo
- Falta o insuficiencia de cobertura de seguro médico
- Enfermedades evitables mediante vacunación
- Violencia
  - En el hogar, en la relación de pareja
  - Armas  Asesinatos  Violación

- Salud y bienestar femenino
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## 4. ¿Qué es lo que impide que usted y su familia reciban tratamiento médico? (Marque hasta 5 opciones)

- Creencias culturales/religiosas
- No sabe cómo buscar proveedores
- No comprende que precisa ver a un proveedor
- Miedo/Dudas (p. ej., no está listo para enfrentar/discutir problemas de salud, condición de inmigrante, etc.)
- Falta de disponibilidad de proveedores/citas
- Falta de proveedores o de servicios de atención médica con conciencia cultural
- Falta de atención médica con afirmación de LGBTQIA+
- Barreras de idioma
- Desinformación/falta de información de salud
- Falta de seguro médico/incapacidad de pago de la atención médica
- Experiencias negativas previas
- Transporte
- Incapacidad de pago con copagos/deducibles
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## 5. ¿Cuál de las siguientes opciones es MÁS necesaria para mejorar la salud de su comunidad? (Marque hasta 5 opciones)

- Acceso a servicios y soporte comunitarios
- Acceso a alimentos más sanos
- Vivienda accesible
- Mejores escuelas
- Lactancia
- Aire y agua limpios
- Mercados de productores
- Fomento de la salud y el bienestar en las escuelas
- Opciones de alimentación más saludables
- Programas educativos de salud
- Exámenes médicos (físicos y mentales)
- Opciones de cuidados en el hogar
- Programas de inscripción de seguro médico
- Oportunidades laborales
- Más tiendas de comestibles
- Oportunidades de educación continua
- Parques y recreación
- Instalaciones de recreación
- Opciones más seguras de cuidado infantil
- Lugares más seguros para caminar, jugar

- Lugares de trabajo más seguros
- Transporte (público o activo)
- Prevención de violencia
- Fluorización del agua
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**6. ¿Qué exámenes médicos o servicios educativos/informativos son necesarios en su comunidad? (Marque hasta 5 opciones)**

- Manejo de la ansiedad/del estrés
- Presión sanguínea
- Cáncer
- Colesterol (grasas en la sangre)
- Gestión de enfermedad crónica (como asma, enfermedad cardíaca, diabetes, etc.)
- Exámenes odontológicos
- Depresión/pensamientos suicidas
- Diabetes
- Información sobre brote de enfermedades
- Abuso de drogas y alcohol
- Trastornos de alimentación
- Preparación ante emergencias
- Ejercicio/actividad física
- Prevención de caídas de personas mayores
- Enfermedad cardíaca oVIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Importancia de chequeos médicos de rutina
- Pérdida de memoria
- Nutrición
- Cuidado prenatal
- Atención médica primaria/prevención para adultos
- Atención médica primaria/prevención para niños
- Programas para dejar de fumar/vapear/consumir tabaco
- Prevención del suicidio
- Vacunación/inmunizaciones
- Programas de pérdida de peso
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**7. ¿Dónde obtienen la mayoría de la información de salud usted y su familia? (Marque todo lo que corresponda)**

- Médico/profesional de salud
- Familia o amigos
- Departamento de Salud
- Hospital
- Internet
- Biblioteca
- Periódico/revistas
- Radio
- Organización religiosa/Iglesia
- Escuela/instituto superior
- Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)
- Televisión
- Lugar de trabajo
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Complete lo siguiente para fines estadísticos:**

**Me identifico como lo siguiente:**

- Mujer
- Hombre
- Transgéner
- No binario/no conforme con el género
- Prefiere no responder

**¿Cuántos años tiene?**

- Menos de 18
- De 18 a 24 años
- De 25 a 34 años
- De 35 a 44 años
- De 45 a 54 años
- De 55 a 64 años
- Más de 65 años

**Código postal de donde vive**

\_\_\_\_\_

**Ciudad/pueblo donde vive**

\_\_\_\_\_

**¿Con qué raza se identifica?**

- Blanco/a
- Negro/a o afroamericano/a
- Asiático/a
- Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Dos o más razas
- Prefiere no responder
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Usted es hispanico/a o latino/a?**

- No es hispanico/a ni latino/a
- Es hispanico/a o latino/a
- No sabe
- Prefiere no responder

**¿Qué idioma habla en su hogar? (Marque todo lo que corresponda)**

- Inglés
- Chino
- Portugués
- Coreano
- Español
- Hindi
- Italiano
- Criollo haitiano
- Farsi
- Criollo francés
- Polaco
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el ingreso anual total en su hogar de todas las fuentes disponibles?**

- De \$0 a \$19,999
- De \$20,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999

- De \$50,000 a \$74,999
- De \$75,000 a \$125,000
- Más de \$125,000

**¿Cuál es su nivel educativo más alto obtenido?**

- De jardín de infantes a 8º grado
- Nivel secundario incomplete
- Graduado/a de la secundaria
- Escuela técnica
- Nivel superior incomplete
- Graduado/a de escuela superior
- Escuela de posgrado
- Doctorado
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su estado de empleo actual?**

- Empleado/a remunerado/a
- Estudiante
- Militar
- Autónomo/a
- Jubilado/a
- Sin trabajo y en búsqueda de trabajo
- Sin trabajo y sin búsqueda de trabajo activa

**¿Actualmente cuenta con seguro médico?**

- Sí
- No
- No, pero solía tenerlo

**¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Marque todo lo que corresponda)**

- Medicaid
- Medicare
- Privado/commercial
- Sin seguro médico

**¿Cuenta con un servicio de Internet estable en el hogar?**

- Sí
- No

**Si tiene preocupaciones de salud o dificultades para acceder a cuidados médicos, llame a Long Island Health Collaborat,ve para consultar los recursos disponibles al 631-963-4167.**

**Por favor envíe la encuesta completada a la siguiente dirección:**

**LIHC/Nassau-Suffolk Hospital Council  
800 Veterans Memorial Highway, Suite 150  
Hauppauge, NY 11788**

**Todos los hospitales sin fines de lucro de Long Island ofrecen ayuda financiera para cuidados médicos necesarios y de emergencia a las personas que no pueden pagar toda o parte de la atención médica. Para obtener información sobre la ayuda financiera que se ofrece en cada hospital de Long Island, visite el sitio web específico del hospital.**