

ENCUESTA DE SALUD COMUNITARIA DEL CONDADO DE WESTCHESTER

Queremos conocer su opinión sobre asuntos de salud importantes en su comunidad. Juntos, el Departamento de Salud y los hospitales del Condado de Westchester usarán los resultados de esta corta encuesta y otras informaciones para ayudar a mejorar los programas de salud en su comunidad. Sus respuestas son completamente anónimas. Usted también podrá participar en esta encuesta a través de la página web: <https://es.surveymonkey.com/r/ComHlthSurvey2016Spanish>. Si así lo prefiere. Gracias por su participación.

¿Cuáles son los TRES problemas de salud más importantes de la COMUNIDAD DONDE VIVE?

<input type="checkbox"/> Acceso a cuidados especiales	<input type="checkbox"/> Cuidado dental	<input type="checkbox"/> Planificación familiar/Embarazo de adolescentes
<input type="checkbox"/> Acceso a inmunizaciones/vacunas	<input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Salud de las mujeres
<input type="checkbox"/> Acceso al cuidado primario de salud	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Salud mental/Depresión/Suicidio
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Distracción al conducir	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad
<input type="checkbox"/> Ambiente saludable	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón/Paro cardíaco	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA e Infecciones de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Fumar/Uso de tabaco	<input type="checkbox"/> Violencia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Lesiones evitables/Caídas	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____
<input type="checkbox"/> Cuidado de ancianos	<input type="checkbox"/> Nutrición/Hábitos alimenticios	

¿Cuáles son los TRES problemas de salud más importantes para USTED?

<input type="checkbox"/> Acceso a cuidados especiales	<input type="checkbox"/> Cuidado dental	<input type="checkbox"/> Planificación familiar/Embarazo de adolescentes
<input type="checkbox"/> Acceso a inmunizaciones/vacunas	<input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Salud de las mujeres
<input type="checkbox"/> Acceso al cuidado primario de salud	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Salud mental/Depresión/Suicidio
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Salud y bienestar infantil
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Distracción al conducir	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad
<input type="checkbox"/> Ambiente saludable	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón/Paro cardíaco	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA e Infecciones de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Fumar/Uso tabaco	<input type="checkbox"/> Violencia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Lesiones prevenibles/Caídas	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____
<input type="checkbox"/> Cuidado de ancianos	<input type="checkbox"/> Nutrición/Hábitos alimenticios	

¿Cuáles son las TRES cosas que ayudarían a mejorar SU problema de salud?

<input type="checkbox"/> Acceso a comida saludable	<input type="checkbox"/> Lugares seguros para caminar/jugar	<input type="checkbox"/> Servicios para adultos mayores
<input type="checkbox"/> Acceso a salud dental	<input type="checkbox"/> Monitoreo de salud	<input type="checkbox"/> Servicios para Drogas/Alcohol
<input type="checkbox"/> Acceso al cuidado primario	<input type="checkbox"/> Opciones seguras de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Servicios para el cuidado de la vivienda
<input type="checkbox"/> Aire y agua limpios	<input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo	<input type="checkbox"/> Servicios para fumadores/Tabaco
<input type="checkbox"/> Apoyo a la lactancia materna	<input type="checkbox"/> Prevención de Violencia/Bullying/Pandillas	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Apoyo a cuidadores	<input type="checkbox"/> Prevención de violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Viviendas económicas/asequibles
<input type="checkbox"/> Demencia/Monitoreo de alzheimer	<input type="checkbox"/> Programas de ejercicios/reducción de peso	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____
<input type="checkbox"/> Educación en la comunidad	<input type="checkbox"/> Servicios de ayuda al inmigrante	
<input type="checkbox"/> Inscripción en seguros de salud	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	

¿Cómo describiría su salud en general?

<input type="checkbox"/> Muy saludable	<input type="checkbox"/> Algo saludable	<input type="checkbox"/> Muy poco saludable
<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Poco saludable	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____

¿Cómo describiría su salud mental en general?

<input type="checkbox"/> Muy saludable	<input type="checkbox"/> Algo saludable	<input type="checkbox"/> Muy poco saludable
<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Poco saludable	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____

¿Sufrir de alguna condición de salud crónica? (Marque TODAS las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de memoria
<input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Inmune	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____

¿Tiene usted un proveedor de salud para chequeos y visitas médicas?:		<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No _____
¿Cuanto ha pasado desde que visitó un proveedor de salud para un examen o chequeo físico rutinario?		
<input type="checkbox"/> En el último año	<input type="checkbox"/> En los últimos cinco años	<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> En los últimos dos años	<input type="checkbox"/> Cinco o más años	<input type="checkbox"/> No lo sé
¿Cuáles son las TRES razones que le impiden obtener cuidado médico de un proveedor de salud?		
<input type="checkbox"/> Nada previene que lo obtenga	<input type="checkbox"/> No estoy asegurado	<input type="checkbox"/> No tengo tiempo
<input type="checkbox"/> Creencias culturales/religiosas	<input type="checkbox"/> No me gusta ir/Tengo miedo de ir	<input type="checkbox"/> No tengo transporte/muy lejos
<input type="checkbox"/> Copago/Deducibles muy altos	<input type="checkbox"/> No lo puedo pagar	<input type="checkbox"/> No veo el beneficio
<input type="checkbox"/> Horario de oficina inconveniente	<input type="checkbox"/> No puedo encontrar un proveedor	<input type="checkbox"/> Seguro no cubre el servicio
	<input type="checkbox"/> No sé cómo conseguir proveedores	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
	<input type="checkbox"/> No tengo cuidado infantil	
En los últimos 12 meses, ¿fué atendido en una sala de emergencia?		<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No _____
Si la respuesta es sí, ¿Cuál fué la principal razón de su visita a la sala de emergencia? (Marque solo UNA)		
<input type="checkbox"/> El proveedor de salud me indicó ir	<input type="checkbox"/> No pude encontrar un proveedor de salud local que hable mi idioma	<input type="checkbox"/> Recibo la mayoría de mi cuidado en la sala de emergencia
<input type="checkbox"/> La sala de emergencias es la más cercana	<input type="checkbox"/> Oficina del doctor cerrada	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
<input type="checkbox"/> No hay otro lugar para ir	<input type="checkbox"/> Pensé que el problema era muy serio para ir al doctor	
¿Dónde usted y su familia obtienen la mayor parte de la información de salud?(Marque TODAS las que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Periódicos/Revistas
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Doctor/Profesional de salud	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Redes Sociales (Facebook, Twitter, etc.)
<input type="checkbox"/> Escuela/Universidad	<input type="checkbox"/> Organizaciones comunales	<input type="checkbox"/> Televisión
<input type="checkbox"/> Familia o amigos	<input type="checkbox"/> Organizaciones religiosas	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
Sólo para propósito estadísticos (sus respuestas son anónimas), complete las siguientes:		
Yo me identifico como:	¿Cuál es su edad?	
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 55-64
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> 25-34	<input type="checkbox"/> 65-74
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 35-44	<input type="checkbox"/> 75+
	<input type="checkbox"/> 45-54	
Código Postal donde vivo _____	Pueblo/Ciudad donde vivo _____	
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Qué categoría es la que mejor describe su raza?		
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multi-racial
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro
¿Cuál es el principal idioma que usted habla?		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Filipino
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
¿Cuál es el nivel de educación mas alto que usted ha aprobado?		
<input type="checkbox"/> Menos de secundaria	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado universitario	
<input type="checkbox"/> Escuela Técnica	<input type="checkbox"/> Postgrado/Maestría	
¿Cuál es su actual estatus de empleo?		
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
¿Tiene alguno de los siguientes tipos de seguro de salud?		
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Ninguno/no asegurado
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Tri-Care	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____

Por favor envíe esta encuesta antes del 20 de junio, 2016.

Email: bqlc@westchestergov.com Fax: 914-813-4303.

Atención: Bonnie Lam. Dirección: Departamento de Salud, 10 County Center Road, 2nd Floor, White Plains, NY 10607-1541