

Encuesta de salud de la comunidad 2025

Queremos mejorar los servicios médicos que ofrecemos a las personas que viven en su barrio. La información que nos dé se usará para mejorar los servicios médicos para personas como usted.

Completar la encuesta es voluntario. Mantendremos sus respuestas privadas. Si no se siente cómodo respondiendo una pregunta, déjela en blanco.

Valoramos su opinión. Muchas gracias por su ayuda.

1 ¿Es usted una persona mayor de 18 años?

- ☐ Sí
- ☐ No → Muchas gracias, pero esta encuesta solo la estamos haciendo a personas mayores de 18 años.

2 Queremos que personas de todos los barrios participen en esta encuesta. Díganos el código postal donde vive para que podamos identificar su barrio.

Código postal: _____

SI DIO UN CÓDIGO POSTAL, PASE A LA PREGUNTA 6. NO ES NECESARIO QUE RESPONDA ESTAS PREGUNTAS.

3 ¿Vive en la ciudad de Nueva York?

- ☐ Sí
- ☐ No → Pase a la 5

4 Si vive en la ciudad de Nueva York, seleccione el distrito donde vive:

- ☐ El Bronx → Vaya a la página 3
- ☐ Brooklyn → Vaya a la página 3
- ☐ Manhattan → Vaya a la página 3
- ☐ Queens → Vaya a la página 3
- ☐ Staten Island → Vaya a la página 3
- ☐ No vivo en la ciudad de Nueva York → Respuesta 5

5 Si no vive en la ciudad de Nueva York, indíquenos el condado donde vive:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Condado de Albany | ☐ Condado de Madison | ☐ Condado de Tioga |
| ☐ Condado de Allegany | ☐ Condado de Monroe | ☐ Condado de Tompkins |
| ☐ Condado de Broome | ☐ Condado de Montgomery | ☐ Condado de Ulster |
| ☐ Condado de Cattaraugus | ☐ Condado de Nassau | ☐ Condado de Warren |
| ☐ Condado de Cayuga | ☐ Condado de Niágara | ☐ Condado de Washington |
| ☐ Condado de Chautauqua | ☐ Condado de Oneida | ☐ Condado de Wayne |
| ☐ Condado de Chemung | ☐ Condado de Onondaga | ☐ Condado de Westchester |
| ☐ Condado de Chenango | ☐ Condado de Ontario | ☐ Condado de Wyoming |
| ☐ Condado de Clinton | ☐ Condado de Orange | ☐ Condado de Yates |
| ☐ Condado de Columbia | ☐ Condado de Orleans | |
| ☐ Condado de Cortland | ☐ Condado de Oswego | ☐ Otro _____ |
| ☐ Condado de Delaware | ☐ Condado de Otsego | |
| ☐ Condado de Dutchess | ☐ Condado de Putnam | |
| ☐ Condado de Erie | ☐ Condado de Rensselaer | |
| ☐ Condado de Essex | ☐ Condado de Rockland | |
| ☐ Condado de Franklin | ☐ Condado de Saratoga | |
| ☐ Condado de Fulton | ☐ Condado de Schenectady | |
| ☐ Condado de Genesee | ☐ Condado de Schoharie | |
| ☐ Condado de Greene | ☐ Condado de Schuyler | |
| ☐ Condado de Hamilton | ☐ Condado de Seneca | |
| ☐ Condado de Herkimer | ☐ Condado de St. Lawrence | |
| ☐ Condado de Jefferson | ☐ Condado de Steuben | |
| ☐ Condado de Lewis | ☐ Condado de Suffolk | |
| ☐ Condado de Livingston | ☐ Condado de Sullivan | |

Estado médico

6 En general, ¿cómo es la salud de la mayoría de las personas de su barrio?

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ Muy buena
- ☐ Excelente

7 En general, ¿cómo es su salud física?

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ Muy buena
- ☐ Excelente

8 En general, ¿cómo es su salud mental?

- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ Muy buena
- ☐ Excelente

9 Para cada uno de los siguientes, díganos: ¿Qué importancia tiene para usted cada uno de los siguientes puntos y qué tan satisfecho está con los servicios actuales en su barrio para tratar cada problema?

	¿Qué importancia tiene este tema para usted?						¿Qué tan satisfecho está usted con los servicios actuales?					
	Para nada	Un poco	Algo	Muy	Extremadamente	No sabe	Para nada	Un poco	Algo	Muy	Extremadamente	No sabe
1 Acceso a programas de educación continua y capacitación laboral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Acceso a alimentos saludables y nutritivos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Salud de los adolescentes y niños	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Vivienda asequible y prevención de la falta de vivienda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Artritis/enfermedad de las articulaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Asistencia con necesidades básicas como comida, alojamiento y ropa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Asma, problemas respiratorios y enfermedades pulmonares	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Cáncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 Fumar cigarrillos/consumo de tabaco/vapear/cigarrillos electrónicos/narguile	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 Enfermedades infecciosas (COVID-19, gripe, hepatitis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 Atención dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 Diabetes y niveles altos de azúcar en la sangre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 Enfermedades del corazón	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 Hepatitis C/enfermedad hepática	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 Presión alta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 VIH/sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 Salud infantil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 Colocación laboral y apoyo al empleo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 Trastornos de salud mental (como la depresión)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 Obesidad en niños y adultos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 Programas de salud y bienestar en la escuela	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 Infecciones de transmisión sexual (STI)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 Detener las caídas en los adultos mayores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 Trastorno por consumo de sustancias/adicción (incluyendo el trastorno por consumo de alcohol)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 Violencia (incluyendo la violencia armada)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 Atención médica de la mujer y atención materna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Efectos de largo plazo del COVID

10 ¿Alguna vez ha dado positivo en una prueba de COVID-19 (usando una prueba rápida en el punto de atención, una prueba que se haya hecho usted mismo o una prueba de laboratorio) o un médico u otro proveedor de atención médica le dijo que tiene o tuvo COVID-19?

- ☐ Sí
- ☐ No, [pase a la pregunta 13]

11 ¿Actualmente tiene síntomas que han durado 3 meses o más y que no tenía antes de tener coronavirus o COVID-19?

- ☐ Sí
- ☐ No, [pase a la pregunta 13]

12 ¿Reducen esos síntomas de largo plazo su capacidad para hacer actividades cotidianas comparado con el tiempo antes de tener COVID-19?

- ☐ Sí, mucho
- ☐ Sí, un poco
- ☐ Para nada

Determinantes sociales de la salud

13 Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido cupones de alimentos, también llamados SNAP, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en una tarjeta EBT?

- ☐ Sí
- ☐ No

14 Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la comida que compró no le duró lo suficiente y no tuvo dinero para comprar más?

- ☐ Siempre
- ☐ Generalmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

15 Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar su hipoteca, alquiler o facturas de servicios públicos?

- ☐ Sí
- ☐ No

Acceso a la atención médica

16 ¿Cuál es la fuente actual de su seguro médico primario (el que usa con más frecuencia)?

- ☐ Un plan que compró por medio de un empleador o sindicato (incluyendo los planes que compró mediante el empleador de otra persona)
- ☐ Un plan privado no gubernamental que usted u otro familiar compra por su cuenta
- ☐ Medicare
- ☐ Medigap
- ☐ Medicaid
- ☐ Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)
- ☐ Atención médica relacionada con el ámbito militar: TRICARE (CHAMPUS)/Atención médica de VA/CHAMP-VA
- ☐ Servicios de salud indígena
- ☐ Plan médico patrocinado por el estado
- ☐ Otro programa del gobierno
- ☐ No tiene cobertura de ningún tipo

Información demográfica

17 ¿Cuál es su raza u origen étnico? (Elija todas las opciones que correspondan)

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
Por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros de la Reserva India de los Pies Negros de Montana, el Gobierno Tradicional de la Aldea Nativa de Barrow Iñupiat, la Comunidad Esquimal de Nome, los aztecas, los mayas, etc.
- ☐ Asiático
Por ejemplo, chino, indio asiático, filipino, vietnamita, coreano, japonés, etc.
- ☐ Negro o afroamericano
Por ejemplo, afroamericano, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc.
- ☐ Hispano o latino
Por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, salvadoreño, cubano, dominicano, guatemalteco, etc.
- ☐ Del Medio Oriente o Norte de África
Por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, iraquí, israelí, etc.
- ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
Por ejemplo, nativo de Hawái, samoano, chamorro, tongano, fiyiano, marshalés, etc.
- ☐ Blanco
Por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, escocés, etc.

18 ¿Habla otro idioma en casa aparte de inglés?

- ☐ Sí
- ☐ No, [pase a la pregunta 21]

19 ¿Cuál es ese idioma? (Elija todas las opciones que correspondan)

- ☐ Español
- ☐ Árabe
- ☐ Bengali
- ☐ Birmano
- ☐ Chino
- ☐ Francés
- ☐ Criollo haitiano
- ☐ Hindi
- ☐ Italiano
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Nepali
- ☐ Polaco
- ☐ Ruso
- ☐ Urdu
- ☐ Yiddish
- ☐ Otro

20 ¿Qué tan bien habla inglés?

- ☐ Muy bien
- ☐ Bien
- ☐ Mal
- ☐ Para nada

21 ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de usted mismo?

- ☐ Gay o lesbiana
- ☐ Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Uso un término diferente:

22 ¿Cómo se describe actualmente? (Elija todas las opciones que correspondan)

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ Uso un término diferente

23 ¿Es transgénero?

- ☐ Sí
- ☐ No

24 ¿Cuántos años tiene?

- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 34
- ☐ 35 - 44

- ☐ 45 - 54
- ☐ 55 - 64
- ☐ 65 - 74
- ☐ Más de 75

25 ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que concluyó?

- ☐ 8.º grado (primaria) o menos
- ☐ 9.º a 11.º grado (algunos de secundaria)
- ☐ 12.º grado o GED (graduado de escuela secundaria)
- ☐ 1 año a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o escuelas técnicas)
- ☐ 4 años o más de universidad (graduado de la universidad)

26 Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven o se alojan habitualmente en su casa o apartamento?

_____ personas

27 ¿Está actualmente...?

- ☐ Empleado con salario
- ☐ Trabajador autónomo
- ☐ Sin trabajo por más de 1 año
- ☐ Sin trabajo por menos de 1 año
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Jubilado
- ☐ Incapacitado para trabajar

28 ¿Cuáles fueron los ingresos anuales de todas las fuentes del grupo familiar, antes de impuestos, en el último año?

Por ingresos del grupo familiar nos referimos a los ingresos combinados de todas las personas que viven en el grupo familiar, incluyendo los compañeros de habitación o aquellos que reciben ingresos por discapacidad.

- ☐ Menos de \$20,000
- ☐ \$20,000 a \$24,999
- ☐ \$25,000 a \$ 34,999
- ☐ \$35,000 a \$49,999
- ☐ \$50,000 a \$74,999
- ☐ \$75,000 a \$99,999
- ☐ \$100,000 a \$149,999
- ☐ \$150,000 a \$199,999
- ☐ \$200,000 o más

Este es el final de la encuesta. Muchas gracias por su ayuda.