

Community Health Survey: Spanish

For Office Use Only

Date _____

Initials _____

Team # _____

Survey # _____

ROCKINGHAM COUNTY



Rockingham County
Department of
Public Health



United Way
of Rockingham County

Encuesta de Evaluación Comunitaria del Condado de Rockingham

El Condado de Rockingham está interesado en su opinión sobre cómo podemos hacer de su comunidad un lugar más sano para vivir. Queremos aprender más sobre la salud y la calidad de vida de los ciudadanos del Condado de Rockingham. Utilizaremos esta información para atender los problemas de salud primordiales del Condado de Rockingham, y destacar nuestras fuerzas. Esta encuesta es confidencial. Por favor no ponga su nombre. Muchas gracias de antemano por ayudarnos en este proceso.

Las siguientes tres preguntas tratan sobre asuntos específicos sociales, de salud y de ambiente. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente. Escoga los tres asuntos de salud más importantes para el Condado de Rockingham. Estas preguntas no son sobre usted o su familia sino de cual de estos tres asuntos más afecta a nuestra comunidad en conjunto. Recuerde, sus respuestas no serán conectadas a usted de ninguna manera. Si usted piensa sobre un asunto que no está en la lista, déjeme saber y lo anotaré. También, si usted prefiere que le lea la lista a usted, puedo hacerlo.

PREGUNTA 1

Favor de marcar las **TRES** preocupaciones de salud más importantes en el Condado de Rockingham

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a Cuidados de la Salud | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado (Cirrosis, Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Demencia/ Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Peso Bajo de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales/Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Dental | <input type="checkbox"/> Heridas de Accidentes Vehiculares |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad/Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Contaminación Ambiental(Aire, Agua) | <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias (Bronquitis) |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía/Influenza | <input type="checkbox"/> Asalto Sexual/Violación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades Contraídas de Animales (Rabia, Virus del Nilo Occidental) |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Derrames Cerebrales |
| <input type="checkbox"/> Embarazos Adolescentes | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Heridas Involuntarias (Ahogos, Quemaduras) |
| <input type="checkbox"/> Mortalidad Infantil | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de Necesidades Básicas (Domicilio, Agua, Comida) | |

PREGUNTA 2

Favor de marcar los **TRES** comportamientos de salud más importantes que evitan que la gente del Condado de Rockingham sean saludables.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol | <input type="checkbox"/> Malos Hábitos de Comer |
| <input type="checkbox"/> Abuso Infantil | <input type="checkbox"/> Mal Cuidado Oral (Cepillarse, Limpiarse con Hilo Dental, Limpiezas Dentales) |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Manejar Peligrosamente |
| <input type="checkbox"/> Tomar y Manejar | <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Droga | <input type="checkbox"/> Sexo Inseguro |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Los Ancianos | <input type="checkbox"/> Comportamiento Violento |
| <input type="checkbox"/> Falta de Ejercicio | <input type="checkbox"/> Violencia Juvenil/Pandillas |
| <input type="checkbox"/> No Examinarse Con el Doctor | <input type="checkbox"/> No Usar Cinturones de Seguridad |
| <input type="checkbox"/> No Vacunarse | <input type="checkbox"/> Racismo/Intolerancia |
| <input type="checkbox"/> No Usar Asientos Infantiles | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

PREGUNTA 3

Favor de marcar **tres** de los siguientes servicios que necesitan mejorarse en el Condado de Rockingham .

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Control de Animales | <input type="checkbox"/> Servicios para Los Desamparados |
| <input type="checkbox"/> Opciones de Cuidado para Niños | <input type="checkbox"/> Mejor/Más Instalaciones Recreacionales (Parques, Senderos, Centros Comunitarios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Opciones de Cuidado para Ancianos | <input type="checkbox"/> Actividades Familiares Saludables |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Descapacitados | <input type="checkbox"/> Actividades Positivas Para Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Más Económicos | <input type="checkbox"/> Transporte Público |
| <input type="checkbox"/> Mejor/Más Elecciones de Comida Saludable | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Vivienda Más Económica/Mejor Vivienda | <input type="checkbox"/> Empleo con un Sueldo Más Alto |
| <input type="checkbox"/> Número Adecuado de Personal de Salud
¿Que Tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de Calles |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Apropriados Culturalmente | <input type="checkbox"/> Seguridad en la Calle |
| <input type="checkbox"/> Consejería/Salud Mental/Grupos de Apoyo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Acceso al Sistema Legal | <input type="checkbox"/> Ninguno |

PREGUNTA 4

¿Ha sido difícil para usted o alguien en su casa recibiera algún servicio en el Condado de Rockingham aparte de los servicios de salud? (Si dice que no, continúe a pregunta 6)

1. ___Sí
2. ___No

PREGUNTA 5

¿Qué tan grave fue la dificultad que usted o alguien en su casa ha experimentado mientras recibiera servicios en el Condado de Rockingham?

<u>Tipo de Dificultad</u>	<u>No Grave</u>	<u>Algo Grave</u>	<u>Moderadamente Grave</u>	<u>Muy Grave</u>	<u>No Sé</u>
1. No me gustaron los servicios	1	2	3	4	5
2. No fui eligible para ayuda	1	2	3	4	5
3. No pude pagar las cuotas/costos	1	2	3	4	5
4. Faltó información sobre servicios disponibles	1	2	3	4	5
5. Tuvé problemas con transporte a servicios	1	2	3	4	5
6. Servicios estaban demasiado lejos	1	2	3	4	5
7. Faltó cuidado para el niño	1	2	3	4	5
8. Tuvé dificultad con inglés	1	2	3	4	5
9. Creí que el servicio costaría demasiado	1	2	3	4	5
10. Horas de servicio no fueron convenientes	1	2	3	4	5
11. Me preocupé que la agencia diría a otros sobre el problema	1	2	3	4	5

PREGUNTA 6

¿Está disponible fácilmente la comida en su casa? (Si dice que sí, continúe a pregunta 8)

1. ___ Sí
2. ___ No

PREGUNTA 7

Si No, ¿Qué son los factores contribuyentes? Favor de solo escoger uno.

1. ___ Hambre, Apetito, y Sabor (Determinantes Biológicos)
2. ___ Costo, Ingreso, Disponibilidad (Determinantes Económicos)
3. ___ Acceso, Educación, Habilidades (tal como cocinar) y Tiempo (Determinantes Físicos)
4. ___ Cultura, Familia, Colegas and Patrones de Comidas (Determinantes Sociales)
5. ___ Humor, Estrés y Culpabilidad (Determinantes Psicológicos)
6. ___ Actitudes, Creencias y Conocimiento Sobre Comida

PREGUNTA 8

¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud que sufría alguna de las siguientes condiciones de salud? (DK= No sé/No estoy seguro(a); R= No contesto)

1. Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
2. Depresión o Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
3. Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
4. Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
5. Diabetes (excepto si estaba embarazada)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
6. Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
7. Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
8. Angina/Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
9. Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
10. Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R
11. Derrames Cerebrales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> R

PREGUNTA 9

¿Usted ha sido diagnosticado con una discapacidad por un doctor?

- Sí
- No

PREGUNTA 10

¿Usted requiere asistencia con los actividades diarias de vivir? (Si dice que No, continúe a pregunta 12)

- Sí
- No

PREGUNTA 11

¿Vive en la casa de usted la persona que le cuida a usted?

- Sí
- No

PREGUNTA 12

Aparte de su trabajo, ¿Usted hace algún tipo de ejercicio o actividad física que dure media hora como mínimo durante la semana? (Si dice que no o No sé/No estoy seguro(a), continúe a Pregunta 15)

1. ___ Sí
2. ___ No
3. ___ No sé/No estoy seguro(a)

PREGUNTA 13

**¿Cuántas veces hace ejercicio o hace actividad física durante una semana regular? _____
(anote un número)**

PREGUNTA 14

¿A dónde va para hacer este ejercicio o actividad física? Marque todas las respuestas que correspondan.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. ___ YMCA | 4. ___ Gimnasio Privado |
| 2. ___ Parque | 5. ___ Domicilio |
| 3. ___ Centro Recreativo Público | 6. ___ Otro: _____ |

PREGUNTA 15

¿Usted consume la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras? (3-5 porciones de verduras y 2-4 porciones de fruta diario). (Si dice que sí, continúe a pregunta 17)

1. ___ Sí
2. ___ No
3. ___ No sé/ No estoy seguro(a)

PREGUNTA 16

¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume usted diario?

1. ___ 2 porciones o menos de verduras diario
2. ___ 1 porción de fruta diario
3. ___ No frutas ni verduras diario

PREGUNTA 17

¿Usted actualmente usa productos de tabaco? (Si dice que no, continúe a pregunta 20)

1. ___ Sí
2. ___ No

PREGUNTA 18

¿Cuál tipo? _____ (Escriba el tipo de producto de tabaco que usa usted)

PREGUNTA 19

¿A dónde acudiría para que le ayudaran a dejar de fumar?

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. ___ Quit Line NC | 6. ___ Departamento de Salud |
| 2. ___ Médico | 7. ___ No Sé |
| 3. ___ Iglesia | 8. ___ Otro _____ |
| 4. ___ Farmacia | 9. ___ No corresponde; No quiero dejar de fumar |
| 5. ___ Consejero/Terapeuta Privado | |

PREGUNTA 20

¿A dónde normalmente va cuando usted se enferma? (Marque solo una)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ___ Consultorio Médico | 5. ___ Clínica (tal como Free Clinic of Rockingham County) |
| 2. ___ Departamento de Salud | 6. ___ Centro de Urgencias |
| 3. ___ Hospital | 7. ___ Otro _____ |

PREGUNTA 21

¿Ha tenido algún problema para obtener atención médica para usted o alguien de su familia de algún proveedor médico, dentista, farmacia u otro tipo de establecimiento médico en los últimos 12 meses? (Si dice que no o No sé/No estoy seguro(a), continúe a Pregunta 24)

1. ___ Sí
2. ___ No
3. ___ No sé/No estoy seguro(a)
4. ___ Rehusó contestar

PREGUNTA 22

¿Con qué proveedor o centro tuvo usted o su familiar el problema para obtener atención médica ? Puede elegir todas las respuestas que necesite. Si el proveedor con el que tuvo el problema no está en la lista, dígame lo y yo lo anotaré.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. ___ Dentista | 7. ___ Cuidado Óptico/Optometrista/Oftalmólogo |
| 2. ___ Farmacia/Recetas | 8. ___ Pediatra |
| 3. ___ Ginecólogo/Obstetra | 9. ___ Departamento de Salud |
| 4. ___ Hospital | 10. ___ Centro de Urgencias |
| 5. ___ Clínica | 11. ___ Otro (¿Cuál tipo?) _____ |
| 6. ___ Médico de medicina general | |

PREGUNTA 23

¿Cuál de los problemas siguientes evitó que usted o su familiar obtuvieran la atención médica necesaria? Puede elegir todas las respuestas que necesite.

1. ___ No tenía seguro médico
2. ___ El seguro médico no cubría lo que necesitaba
3. ___ La parte de la factura que había que pagar (deducible/copago) era demasiado alta
4. ___ El médico no aceptaba el seguro o Medicaid
5. ___ El hospital no aceptaba el seguro
6. ___ La farmacia no aceptaba el seguro o Medicaid
7. ___ El dentista no aceptaba el seguro o Medicaid
8. ___ No tenía forma de llegar hasta allí
9. ___ No sabía a dónde ir
10. ___ No se podía conseguir una cita
11. ___ La espera era demasiado larga
12. ___ Otro

PREGUNTA 24

Si un amigo o familiar necesitara consejería para algún problema de salud mental, de alcoholismo o adicción a las drogas, ¿quién sería la primera persona con la que le recomendaría que hablara? Elija una respuesta solamente.

- | | |
|---|--------------------|
| 1. ___ Consejero o terapeuta privado | 5. ___ Médico |
| 2. ___ Grupo de apoyo (AA o Al-Anon, NA, etc) | 6. ___ No sé |
| 3. ___ Consejero escolar | 7. ___ Otro: _____ |
| 4. ___ Sacerdote/Pastor | |

PREGUNTA 25

¿Tiene usted en su vivienda detectores de humo y de monóxido de carbono que funcionen?

1. ___ Sí, Solo detectores de humo
2. ___ Sí, ambos
3. ___ Sí, solo detectores de monóxido de carbono
4. ___ No sé/No estoy seguro(a)
5. ___ No

PREGUNTA 26

¿Tiene su familia un botiquín básico de suministros para emergencia? (Este incluye agua, alimentos no perecederos, primeros auxilios, linternas y pilas, abridor de latas manual, mantas, cualquier recetas médicas necesarias, etc.) (Si dice que no o No sé/No estoy seguro(a), continúe a Pregunta 28)

1. ___ Sí
2. ___ No
3. ___ No sé/No estoy seguro(a)

PREGUNTA 27

¿Para cuántos días alcanzan los suministros del botiquín de emergencia? _____ (anote un número)

PREGUNTA 28

¿Cuál sería el medio principal de obtener información de las autoridades en caso de emergencia o una catástrofe a gran escala? (Marque solo una respuesta.)

1. ___ Televisión
2. ___ Radio
3. ___ Internet
4. ___ Prensa (ej. Periódico)
5. ___ Página web de red social
6. ___ Vecinos
7. ___ Mensaje de texto (sistema de alerta de emergencias)
8. ___ Otro (describa) _____
9. ___ No sé/No estoy seguro(a)

PREGUNTA 29

Si las autoridades decretaran una evacuación obligatoria de su barrio o comunidad debido a una catástrofe a gran escala u otra emergencia, ¿seguiría usted la orden de evacuación? (Si dice que sí, continúe a pregunta 31)

1. ___ Sí
2. ___ No
3. ___ No sé/No estoy seguro(a)

PREGUNTA 30

¿Cuál sería el motivo principal para que no respetara la orden de evacuación? (Marque solo una respuesta.)

- | | |
|---|---|
| 1. ___ Falta de transporte | 6. ___ Falta de confianza en las autoridades |
| 2. ___ Preocupación sobre dejar su propiedad | 7. ___ Preocupación sobre la seguridad personal |
| 3. ___ Preocupación por la seguridad de la familia | 8. ___ Preocupación sobre dejar las mascotas |
| 4. ___ Preocupación por atascos de tráfico y no poder salir | |
| 5. ___ Otro (describir) _____ | 9. ___ Problemas de salud (no se me podría trasladar) |
| | 10. ___ No sé/ No estoy seguro(a) |

PREGUNTA 31

¿Cuánto de su sueldo utiliza usted para pagar su vivienda?

- ___ Más de la mitad
___ Mitad
___ Casi un tercio
___ Casi un cuarto
___ Menos de un cuarto
___ Ninguno

PREGUNTA 32

¿Usted renta o es dueño(a) de su casa?

- ___ Renta ___ Dueño(a)

Gracias por participar en nuestra encuesta. Por favor tome tiempo para decirnos un poco sobre usted. Usaremos esta información para asegurarnos que todos en la comunidad son representados en la encuesta. Por favor no escriba su nombre en la encuesta. Queremos asegurar la confidencialidad.

PREGUNTAS DEMOGRÁFICAS

1. ¿Dentro de que edad se encuentra usted?

1. ___ Menos de 18 años
2. ___ 18-24
3. ___ 25-34
4. ___ 35-44
5. ___ 45-54
6. ___ 55- 64
7. ___ 65 o más

2. ¿Es usted?

1. ___ Masculino
2. ___ Femenino

3. ¿Cuál es su raza?

1. ___ Blanco/Caucasico
2. ___ Negro/Afro-Americano
3. ___ Americano Nativo
4. ___ Asiático/Islas del Pacífico
5. ___ Otro (favor de anotar _____)

5. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que usted ha completado?

1. ___ Menos que la escuela secundaria
2. ___ Graduado de la escuela secundaria o Diploma de estudio General (GED)
3. ___ Algunos estudios universitarios
4. ___ Título de Asociado (2 años)
5. ___ Bachillerato (Título de 4 años)
6. ___ Título de estudios Universitarios Avanzados (Master, Profesorado)

4. ¿Es usted de Origen Hispano?

1. ___ No
2. ___ Sí

6. ¿Cuál es su area de trabajo?

1. ___ Agricultura (granjero o ranchero)
2. ___ Negocios (minorista, abogado)
3. ___ Industrias (fábricas, textiles, fabricante)
4. ___ Gobierno (gerente municipal, empleado del condado)
5. ___ Educación (directora o profesor)
6. ___ Asistencia Médica (doctor, enfermera, administrador)
7. ___ Estudiante
8. ___ Ama de Casa
9. ___ Desempleado
10. ___ Otro (favor de anotar _____)

7. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

1. ___ Menos de \$20,000
2. ___ \$20,000 - \$39,000
3. ___ \$40,000 - \$59,000
4. ___ \$60,000 - \$79,000
5. ___ \$80,000 o más

8. ¿Tiene usted seguro médico?

1. ___ Medicare
2. ___ Medicaid
3. ___ Seguro Privado
4. ___ Otro (Favor de anotar _____)
5. ___ Ninguno

9. ¿Tiene acceso a Internet?

1. ___ Sí
2. ___ No

10. ¿Usted viaja diariamente afuera del Condado de Rockingham para trabajar? (Si dice que no, continúe a Pregunta 12)

1. ___ Sí
2. ___ No

11. ¿Adónde viaja usted diariamente para trabajar?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. ___ Greensboro | 6. ___ High Point |
| 2. ___ Condado de Guilford | 7. ___ Winston-Salem |
| 3. ___ Condado de Forsyth | 8. ___ Condado de Alamance |
| 4. ___ Condado de Stokes | 9. ___ Danville, VA |
| 5. ___ Martinsville, VA | 10. ___ Otro _____ |

12. ¿Alguien en su casa recibe asistencia pública tal como Asistencia para Familias con Hijos Dependientes(AFDC)/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Cupones Alimentarios, o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

1. ___ Sí
2. ___ No

13. ¿Cuál es su código postal? _____