

Encuesta de Salud Comunitaria

Levi Hospital necesita tu ayuda!!! Tiene la oportunidad de abordar temas relevantes para abordar diversas necesidades como parte de una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad realizada por Levi Hospital. Nos encantaría escuchar sus opiniones sobre la salud, la atención médica y los servicios en el condado de Garland. Por favor ayuda respondiendo estas preguntas. La encuesta debe durar 10 minutos o menos y **todas las respuestas se mantendrán anónimas**. ¡Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta!

Parte 1: Salud Personal/Familiar

1. En general, ¿cuál de las siguientes describe mejor su salud? (marque uno)

_____ Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo

2. En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría su salud general ahora?

_____ Mucho mejor que hace un año _____ Más o menos la misma

_____ Mucho peor que hace un año

3. ¿Alguna condición médica? _____ Sí _____ No

(encierre en un círculo todo lo que corresponda: presión arterial alta, colesterol alto, enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, problema de peso, depresión, covid-19)

4. ¿Fumas? (tabaco, vape, juul, marihuana)

_____ Sí _____ No _____ otro _____ Renuncio

5. ¿Consumes alcohol?

_____ Si _____ No _____ Ocasionalmente

6. ¿Cuenta con un médico personal/de familia habitual?

_____ Sí _____ No

7. ¿Ha tenido un chequeo físico y dental en los últimos 12 meses?

_____ Sí; solo revisión física _____ Sí; revisión tanto física como dental

_____ Sí; solo chequeo dental _____ Ninguno

8. ¿Covid-19 ha afectado a su hogar? _____ Sí _____ No

9. ¿Está completamente vacunado? _____ Sí _____ No

Parte 2: Acceso a la atención

(Tenga en cuenta que todas las respuestas permanecerán anónimas)

10. En general, ¿cómo calificaría la calidad general de la atención médica brindada a su comunidad? (calidad general de la atención)

_____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Muy Malo

11. ¿Qué necesidades de salud son más apremiantes HOY y necesitan mejorar? (consultar hasta tres servicios)

- Opciones de bienestar Opciones de cuidado de niños
 Opciones de cuidado de ancianos Servicios de salud más asequibles
 Servicios para personas con discapacidad Vivienda mejor/más asequible
 Alimentos mejores/más saludables
 Servicios de salud culturalmente apropiados
 Consejería/salud mental/grupos de apoyo
 Mejores/más instalaciones recreativas (parques, senderos, centros comunitarios)
 Conciencia pública de los servicios de salud
 ED nutricional saludable./Opciones de alimentación
 Seguro de salud mejor/más asequible Opciones de transporte
 Actividades positivas para adolescents Disponibilidad de trabajo
 Seguridad vial/mantenimiento/caminabilidad
 Disponibilidad/remuneración del empleo
 Otro: _____

12. ¿De dónde obtiene su información de salud con mayor frecuencia (marque uno)?

- Familia/Amigos Departamento de Salud Enfermera Médico
 Iglesia Internet Farmacéutico Otro

13. ¿Adónde va con más frecuencia cuando está enfermo? (marque uno)

- Consultorio médico Departamento de salud Hospital o sala de emergencias
 Atención de urgencia clínica No busco atención

14. ¿Tiene seguro médico?

- Sí No

15. ¿Qué tipo de cobertura de salud es su plan principal? (marque uno)

_____ Seguro privado que compraste _____ Seguro cubierto por el patron
_____ Medicare _____ Medicaid _____ No asegurado

16. ¿Cómo calificaría los siguientes servicios de salud? (marque solo una casilla por fila)

Servicio	Estupendo	Bien	Justo	Pobre
Salas de emergencia				
Servicios de medicina familiar (clínica)				
Servicios Hospitalarios				
Servicios de salud mental				
Asilo de Ancianos / Vida Asistida				
Servicios ambulatorios (laboratorio, radiología, fisioterapia, etc.)				
Departamento de salud				
Atención de Médico Especialista				
Atención de urgencias				

Parte 3: Demografía

(Tenga en cuenta que todas las respuestas permanecerán anónimas)

17. ¿Qué edad tienes? (ver categoría)

_____ 18-29 _____ 50-59
_____ 30-39 _____ 60-69
_____ 40-49 _____ 70 o más

18. ¿Eres hombre o mujer? (marque uno)

_____ Otra _____ Mujer _____ Hombre

19. ¿Cuál es tu raza? (marque todo lo que corresponda)

_____ Blanco _____ Otro

_____ Negro/Afroamericano

_____ Hispano / Latino

_____ Asiático

Otra raza no mencionada anteriormente (escriba la raza:

20. ¿Cuál es su estado civil?

_____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Casado _____ Pareja
de hecho

21. ¿Cuál es el nivel más alto de escuela, universidad o capacitación vocacional que ha terminado? (marque solo uno)

_____ no se graduó

_____ Graduado de preparatoria

_____ Título de Asociado/Entrenamiento Vocacional

_____ Licenciatura

_____ Graduado o Título Profesional

_____ Otro

**22. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar el año pasado, antes de impuestos?
(ver categoría)**

_____ Menos de 10, 0000

_____ \$ 10.000 a 29.000

_____ \$ 30.000 a 49.000

_____ \$ 50,000 y más

23. ¿Cuál es su situación laboral? (marque todo lo que corresponda)

_____ Empleado de tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Militar

_____ Trabajadores por cuenta propia _____ Retirado _____ Discapacitado

_____ Estudiante _____ Buscando trabajo

24. ¿Tiene acceso a internet en casa?

_____ Sí _____ No

25. ¿Actualmente es dueño de su casa o dónde se hospeda?

_____ ser dueño de mi casa _____ Vive con parientes/amigos _____ Vivir en albergues

_____ Alquiler / Arrendamiento _____ Otros (calles, coche, hotel, tienda de campaña, caravana)

26. ¿Eres un veterano?

_____ Sí _____ No

Parte 4: Mejora de la comunidad

27. Mire la siguiente lista de problemas de la comunidad. Marque hasta tres problemas que más afectan la calidad de vida en el condado de Garland.

Bajos Ingresos/Pobreza Cuidado de los niños Drogas ilegales
 Hurto Vacunas Enfermedad mental Abuso/Negligencia
 Violencia doméstica Falta de apoyo comunitario Cuidado de la salud
 Crimen Salud Preventiva Violación/Agresión sexual
 falta de Vivienda El consumo de tabaco Discriminación/Racismo
 Salud de los adolescentes (beber, embarazo, abuso, etc.)
 Nutrición/Seguridad Alimentaria sin seguro
 trata de personas Otro: _____

28. En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado usted (o alguien de su familia) alguno de los siguientes servicios? (marque solo una casilla por servicio)

Servicio	Necesario y recibido	Necesario y no recibido	no necesitaba
Emergencia/Vivienda Temporal			
Ayuda con servicios públicos/alquiler/comida después de una emergencia personal			
Ayuda con el transporte, el niño o el cuidado después de la escuela.			
Ayuda para cuidar a un adulto mayor/discapacitado			
Servicios para personas con discapacidades físicas o del desarrollo			
Servicios de salud mental			
Consejería individual/familiar			
Ayuda para hacer frente a la violencia doméstica			
Consejería de deuda			
Ayuda para encontrar trabajo			
Ayuda para encontrar trabajo			

29. ¿Siente que las fuerzas del orden público (policía de la ciudad y departamento del alguacil) están ahí para protegerlo y mantenerlo a salvo?

_____Sí _____No

30. ¿Ha sido usted (o alguien en su hogar) víctima de un delito en los últimos 2 años? En caso afirmativo, indique el delito.

_____Sí _____No

31. En su opinión, ¿sobre cuáles de los siguientes temas de salud le gustaría saber más? (marque hasta tres temas)

- _____ Comer bien/nutrición _____ ejercicio/fitness _____ Control de peso
- _____ Salud mental _____ Importancia de la salud/dental _____ Prevención del embarazo/ETS
- _____ Preparación para emergencias y desastres _____ Manejando con seguridad
- _____ Importancia de los controles y exámenes de atención prenatal
- _____ Importancia de las vacunas/vacunas contra la gripe _____ Uso de cinturones de seguridad
- _____ Uso adecuado de los asientos de seguridad para niños _____ Cuidado de niños/paternidad
- _____ Prevención del tabaquismo y dejar de fumar _____ Cuidado de ancianos
- _____ Atención a personas con necesidades especiales/discapacidades _____ Prevención del suicidio
- _____ Prevención del abuso de sustancias (drogas y alcohol) _____ Manejo del estrés
- _____ Prevención de la violencia doméstica _____ Control de ira
- _____ Prevención de violaciones y abusos sexuales _____ Prevención general de delitos

Otro: _____

Parte 5: Nutrición/Seguridad Alimentaria

32. En general, sé lo suficiente sobre salud para entender qué opciones son saludables

_____ Completamente de acuerdo _____ Estar de acuerdo _____ Neutral
_____ Discrepar

33. En general, conozco las consecuencias de los hábitos no saludables.

_____ Completamente de acuerdo _____ Estar de acuerdo _____ Neutral
_____ Discrepar

34. En una escala del 1 al 5 (“1” es muy poco saludable y “5” es muy saludable), ¿qué tan saludable es su dieta? (marque uno)

_____ Uno _____ Dos _____ Tres _____ Cuatro _____ Cinco

35. Si calificó su dieta con un “3” o menos, ¿qué desafíos le impiden comer de manera saludable? (marque todo lo que corresponda)

_____ Costo _____ Hora de cocinar _____ Falta de habilidades culinarias

_____ Falta de acceso a alimentos saludables

_____ No le gustan las frutas y/o verduras

_____ Los que me rodean no comen sano _____ no quiero comer sano

Otro: _____

36. En los últimos dos años, ¿alguna vez comió menos de lo que creía que debía porque no había suficientes alimentos para comer?

_____ Sí _____ No _____ Prefiero no decir

37. En 2019-2021 nos enfocamos en 4 áreas para realizar mejoras de salud en la comunidad. ¿Ha visto personalmente cambios en estas áreas específicas desde 2019? (marque solo una casilla por fila)

Areas especificas	Mejor	Ningún cambio	Ningún cambio	Peor
Pobreza				
Abuso de sustancias/Uso de tabaco				
Salud mental				
Obesidad				

¡Gracias por tu tiempo!