

Encuesta de salud comunitaria del condado de New Hanover 2018



NEW HANOVER COUNTY
PUBLIC HEALTH



New Hanover
Regional Medical Center



SCHOOL OF NURSING

Estamos realizando una encuesta para obtener más información sobre la salud y los temas de interés en el condado de New Hanover. Usaremos los resultados de esta encuesta para ayudar a crear planes de acción para abordar los principales problemas de salud de la comunidad en el condado de New Hanover. Salud comunitaria y personal, preparación para emergencias, información demográfica.

La encuesta es completamente voluntaria y no debe tomar más de 15 minutos en completarse. Tus respuestas serán completamente confidenciales. La información que nos proporcione no estará vinculada a usted de ninguna manera.

Elegibilidad

1. ¿Qué edad tienes?

- 17 o menor
- 18 - 24
- 25 - 44
- 45 - 64
- 65 o mayor

2. ¿Vives o trabajas en el condado de New Hanover?

- Vive y trabaja
- Solo vivo
- Trabajo solamente
- Ninguno

3. ¿Cuál es el código postal dónde vives?

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="radio"/> 28401 | <input type="radio"/> 28410 |
| <input type="radio"/> 28402 | <input type="radio"/> 28411 |
| <input type="radio"/> 28403 | <input type="radio"/> 28412 |
| <input type="radio"/> 28404 | <input type="radio"/> 28428 |
| <input type="radio"/> 28405 | <input type="radio"/> 28429 |
| <input type="radio"/> 28406 | <input type="radio"/> 28449 |
| <input type="radio"/> 28407 | <input type="radio"/> 28480 |
| <input type="radio"/> 28408 | <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="radio"/> 28409 | _____ |

**Si tiene *17 años o menos, y / o no vive o trabaja en el condado de New Hanover*,
Por favor no continúes con esta encuesta.**

Solo aceptamos respuestas de adultos mayores de 18 años, y viven y / o trabajan en el condado de New Hanover.

Parte 1: Comunidad y salud personal

Estas preguntas cubrirán los problemas de la comunidad y su salud personal. Recuerde, esta encuesta es confidencial y no estará vinculada a usted de ninguna manera.

4. ¿Qué exámenes de salud o servicios de educación / información son necesarios en su comunidad? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colesterol / Presión arterial / Diabetes / Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> VIH / Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (incluyendo depresión / ansiedad) | <input type="checkbox"/> Preparación para emergencias |
| <input type="checkbox"/> Exámenes dentales | <input type="checkbox"/> Brotes de Enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de la vista | <input type="checkbox"/> Conducir seguros (por ejemplo, discapacitado o mensajeando mientras se conduce) |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de discapacidades de aprendizaje | <input type="checkbox"/> cinturones de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Crecimiento y Desarrollo Infantil | <input type="checkbox"/> Asientos para niños |
| <input type="checkbox"/> Uso indebido de sustancias | <input type="checkbox"/> Comprensión de lectura / nivel de habilidad del idioma inglés |
| <input type="checkbox"/> Adicción / Recuperación | <input type="checkbox"/> Trastornos cognitivos (por ejemplo, demencia, enfermedad de Alzheimer) |
| <input type="checkbox"/> Nutrición | <input type="checkbox"/> Desconocido / No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Actividad Física | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prevención del embarazo | |

5. En su opinión, ¿cuáles son los cinco mejores problemas de salud que preocupa en el condado de New Hanover? (Seleccione solo 5)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Enfermedad crónica (es decir, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca / derrame cerebral) | <input type="radio"/> salud dental |
| <input type="radio"/> abuso de drogas | <input type="radio"/> Accidente De Vehículo |
| <input type="radio"/> abuso de alcohol | <input type="radio"/> Pandillas / Violencia |
| <input type="radio"/> la obesidad | <input type="radio"/> embarazo adolescente |
| <input type="radio"/> salud mental | <input type="radio"/> Abuso Infantil |
| <input type="radio"/> uso del tabaco | <input type="radio"/> malnutrición |
| <input type="radio"/> asma / enfermedad pulmonar | <input type="radio"/> Exposiciones De Salud Ambiental |
| | <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) |
| | _____ |

6. Las personas de mi comunidad trabajan juntas para resolver los problemas de la comunidad.

- totalmente de acuerdo
- de acuerdo
- en desacuerdo
- totalmente en desacuerdo
- No estoy seguro / No sé

7. En su opinión, ¿cuáles son los tres problemas que afectan más negativamente la calidad de vida en el condado de New Hanover? (Seleccione solo 3)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mal uso y abuso de alcohol, drogas o medicamentos. | <input type="checkbox"/> Falta de instalaciones recreativas (parques, senderos, centros comunitarios, piscinas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Desatención y maltrato infantil. | <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades educativas. |
| <input type="checkbox"/> Discriminación / racismo | <input type="checkbox"/> Bajos ingresos / pobreza |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica / sexual | <input type="checkbox"/> Lesiones de vehículos motorizados, incluidos ciclistas y peatones. |
| <input type="checkbox"/> Abandonar la escuela | <input type="checkbox"/> Mala calidad del aire / agua / tierra |
| <input type="checkbox"/> Participación de pandillas | <input type="checkbox"/> malas condiciones de vivienda |
| <input type="checkbox"/> personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Conducción imprudente / borracho |
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda económica | <input type="checkbox"/> Fumar / consumo de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades de empleo. | <input type="checkbox"/> Aislamiento social / soledad |
| <input type="checkbox"/> Falta de guardería o programas recreativos para jóvenes. | <input type="checkbox"/> robo |
| <input type="checkbox"/> Falta de opciones de alimentos saludables de alimentos saludables a buen precio | <input type="checkbox"/> Crimen violento (asalto por asesinato) |
| <input type="checkbox"/> Falta de / seguro de salud inadecuado | <input type="checkbox"/> tráfico |
| <input type="checkbox"/> Falta de lugares para hacer ejercicio. | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

8. En su opinión, ¿cuál cree que es la razón principal que impide que las personas en su comunidad busquen tratamiento médico? (Marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Falta de seguro / No puede pagar | <input type="radio"/> El tratamiento médico aquí no satisface mis necesidades. |
| <input type="radio"/> Falta de conocimiento / comprensión de la necesidad. | <input type="radio"/> cultura / creencias de salud |
| <input type="radio"/> Miedo (no preparado para enfrentar problemas de salud) | <input type="radio"/> Falta de atención culturalmente competente. |
| <input type="radio"/> No hay citas disponibles cuando las necesita / Tiene que esperar demasiado tiempo para recibir tratamiento médico | <input type="radio"/> falta de atención centrada en LGBTQ + |
| <input type="radio"/> No puede salir del trabajo / necesita citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm | <input type="radio"/> Procesar problemas con referencias. |
| <input type="radio"/> Esperar demasiado tiempo en la oficina del proveedor | <input type="radio"/> servicios de salud demasiado lejos |
| | <input type="radio"/> falta de transporte |
| | <input type="radio"/> no importante |
| | <input type="radio"/> Ninguna / ninguna barrera |
| | <input type="radio"/> Desconocido / Inseguro |
| | <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) |

9. ¿Cuál de estos le afecta personalmente a usted / su hogar? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica (es decir, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca / derrame cerebral) | <input type="checkbox"/> Accidentes de vehículos |
| <input type="checkbox"/> Uso indebido de drogas | <input type="checkbox"/> Pandillas / Violencia |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Embarazo adolescente |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Abuso Infantil |
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Desnutrición |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Exposiciones de salud ambiental. |
| <input type="checkbox"/> Asma / enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> No se aplica; Yo / Nosotros no tenemos impacto |
| <input type="checkbox"/> Salud dental | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ |

10. ¿Qué tan seguro está de que puede manejar la mayoría de sus problemas de salud actuales?

- muy confiado
- algo confiado
- no muy confiado
- no tengo problemas de salud.

11. ¿Cómo calificaría su salud?

- excelente
- muy bien
- bien
- favorable
- mala salud
- No lo sé / No estoy seguro

12. Me gustaría mejorar mi salud.

- Si
- No (Pase a la pregunta 14)

13. Si marco que Si, ¿cómo le gustaría mejorar su salud? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambiar hábitos poco saludables (dieta, ejercicio, fumar). | <input type="checkbox"/> Acceso al proveedor de salud mental. |
| <input type="checkbox"/> Obtener más información sobre una vida saludable y / o controle mi enfermedad o afección. | <input type="checkbox"/> Acceso a exámenes preventivos. |
| <input type="checkbox"/> Acceso a proveedores de atención primaria (médico de familia, médico) | <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables. |
| | <input type="checkbox"/> Acceso a tratamiento por abuso de sustancias. |
| | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

14. ¿Tiene obstáculos que dificultan mejorar su salud?

- Si
- No (Pase a la pregunta 16)

15. Si marco que sí, ¿qué obstáculos tiene que dificultan mejorar su salud? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de seguro / No se puede pagar | <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo / necesita citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm |
| <input type="checkbox"/> Falta de conocimiento / comprensión de la necesidad. | <input type="checkbox"/> Servicios de salud muy lejos |
| <input type="checkbox"/> Miedo (no está listo para enfrentar un problema de salud) | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> restricciones de tiempo | <input type="checkbox"/> no es importante |
| <input type="checkbox"/> Creencias de cultura / salud | <input type="checkbox"/> Ninguno / Sin desafíos |
| <input type="checkbox"/> Falta de atención enfocada a LGBTQ + | <input type="checkbox"/> Desconocido / No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Procesar problemas con referencias. | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

16. Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven en tu hogar? (circule solo uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12+

17. ¿Cuál es / son su (s) plan (es) de seguro médico actual (s)? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de seguro médico privado comprado al empleador o lugar donde trabaja. | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Medicare o plan suplementario de Medicare | <input type="checkbox"/> Tricare, CHAMPUS |
| <input type="checkbox"/> Otro plan de seguro de salud privado comprado directamente de una compañía de seguros o de Health Exchange | <input type="checkbox"/> The Indian Health Service |
| | <input type="checkbox"/> No tengo seguro medico |
| | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

18. ¿Qué planes de seguro médico adicionales cubren actualmente a otros miembros de su hogar? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No aplica / No hay otros miembros del hogar | <input type="checkbox"/> Intercambio |
| <input type="checkbox"/> Otros miembros de mi familia no tienen seguro médico | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Plan de seguro médico privado comprado al empleador o al lugar de trabajo. | <input type="checkbox"/> Tricare, CHAMPUS. |
| <input type="checkbox"/> Medicare o plan suplementario de Medicare | <input type="checkbox"/> The Indian Health Service |
| <input type="checkbox"/> Otro plan de seguro de salud privado comprado directamente de una compañía de seguros o de Health | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

19. ¿Tiene hijos que viven en el hogar menores de 18 años?

- Si
- No (Pase a la pregunta 23)

20. Si marco que Si, ¿cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar al menos la mitad del año? (circule solo uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

21. Para el niño / niños de 12 años o menos en su hogar, ¿qué tipo de cuidado de niños está usando? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No aplica, no tengo un hijo / hijos de 12 años o menos | <input type="checkbox"/> Programa después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> No uso cuidado de niños (guardería) | <input type="checkbox"/> Cuidados por familiares o amigos. |
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de niños / centro de cuidado infantil / familiar con licencia | <input type="checkbox"/> Pres Preescolar de medio día sin licencia. |
| <input type="checkbox"/> programa basado en la fe con licencia | <input type="checkbox"/> Otros cuidados no autorizados. |
| <input type="checkbox"/> NC Pre-K / Head Start | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |

22. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses que su hijo / hijos no tuvo cobertura de salud?

- Si
- No

23. ¿A dónde vas más a menudo cuando estás enfermo? (Marque solo una)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Consultorio del doctor | <input type="radio"/> Centro Comunitario de Salud / Clínica Gratuita. |
| <input type="radio"/> Departamento de salud | <input type="radio"/> Clínica O Farmacia |
| <input type="radio"/> Clínica del hospital | <input type="radio"/> Otro (por favor especifique)
_____ |
| <input type="radio"/> Sala de emergencias | |
| <input type="radio"/> Centro de atención urgente | |

24. ¿Cuáles son los problemas que evitan que usted y / o los miembros de su hogar reciban atención médica?

(Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No se aplica; Yo / nosotros recibimos atención médica | <input type="checkbox"/> No hay suficientes proveedores que ofrezcan los servicios que necesito / necesitamos. |
| <input type="checkbox"/> No hay seguro medico | <input type="checkbox"/> Procesar problemas con referencias. |
| <input type="checkbox"/> El seguro no cubre lo que yo / nosotros necesitamos | <input type="checkbox"/> No hay citas disponibles cuando lo necesitamos / Tiene que esperar demasiado para obtener una cita |
| <input type="checkbox"/> La parte del costo (deducible / copago) es demasiado alto | <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo / necesita citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm |
| <input type="checkbox"/> No sé dónde ir | <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga en el consultorio del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> El doctor no acepta mi / nuestro seguro. | <input type="checkbox"/> Falta de atención culturalmente competente. |
| <input type="checkbox"/> El hospital no acepta mi / nuestro seguro. | <input type="checkbox"/> Yo / Nosotros no tenemos cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> El dentista no acepta mi / nuestro seguro | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> No hay manera de llegar | |
| <input type="checkbox"/> Los servicios necesarios no están disponibles en NHC | |

25. En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencias por un servicio que no es considerado emergencia?

- Si
- No (pase a la pregunta 27)

26. Si es así, ¿por qué? _____

27. ¿Fuma actualmente cigarrillos o consume tabaco a diario?

- Si
- No (pase a la pregunta 29)

28. Si marco que Si, ¿a dónde acudirías para obtener ayuda si quisieras dejar de hacerlo?

- Quitline (1-800-QuitNow)
- Doctor
- Farmacia
- Terapeuta privado
- Departamento de salud
- Desconocido / No sé
- Otro (por favor especifique) _____

29. ¿Actualmente utiliza productos de tabaco sin humo, como cigarrillos electrónicos, bolígrafos o jabones?

- Si
- No (pase a la pregunta 31)

30. Si marco que sí, ¿a dónde acudirías para obtener ayuda si quisieras renunciar?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Quitline (1-800-QuitNow) | <input type="radio"/> Departamento de salud |
| <input type="radio"/> Doctor | <input type="radio"/> Desconocido / No sé |
| <input type="radio"/> Farmacia | <input type="radio"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="radio"/> Terapeuta privado | _____ |

31. En los últimos 12 meses, ¿dónde participó en una actividad física / ejercicio? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> no hago ejercicio | <input type="checkbox"/> trabajo |
| <input type="checkbox"/> Centro recreativo público, parques o senderos. | <input type="checkbox"/> Comunidad de Fe |
| <input type="checkbox"/> En casa | <input type="checkbox"/> centro comercial |
| <input type="checkbox"/> Barrio | <input type="checkbox"/> Entorno escolar |
| <input type="checkbox"/> gimnasio privado / piscina | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| | _____ |

32. Nuestra comunidad es un lugar seguro para estar físicamente activo.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Desconocido / no estoy seguro(a)

33. En los últimos 12 meses, ¿te preocupó que tu comida se agotara antes de que tuvieras dinero para comprar más?

- Si
- No

34. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no duró y no tuvo dinero para comprar más?

- Si
- No

35. ¿Qué hace difícil comer comidas saludables para usted o los miembros de su hogar? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tenemos dificultad para comer comidas saludables. | <input type="checkbox"/> Es difícil encontrar opciones de alimentos saludables cuando salimos a comer |
| <input type="checkbox"/> La comida sana no tiene buen sabor | <input type="checkbox"/> Nadie más en mi familia / hogar comería alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> Los alimentos saludables cuestan demasiado | <input type="checkbox"/> No hay opciones para comprar alimentos saludables cerca de mi / nuestra casa |
| <input type="checkbox"/> Yo / nosotros no sabemos cómo preparar los alimentos de una manera saludable | <input type="checkbox"/> Tengo / tenemos una dieta restringida. |
| <input type="checkbox"/> Yo / nosotros no sabemos qué alimentos son saludables | <input type="checkbox"/> Yo / Nosotros tenemos problemas dentales que dificultan comer / masticar alimentos |
| <input type="checkbox"/> Lleva mucho tiempo comprar alimentos saludables | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Se necesita mucho tiempo para preparar alimentos saludables | |

36. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable o asequible le ha impedido acudir a citas médicas, obtener medicamentos, reuniones o citas no médicas, trabajar o recibir lo que necesita?

- Si
- No

37. ¿Qué tipo de transporte usa más a menudo? (Elija solo uno)

- vehículo personal / familiar
- vehículo de miembro de la familia / amigo
- transporte público (Wave Transit)
- Otro (por favor especifique): _____

38. ¿Tienes vivienda?

- Si
- No (pase a la pregunta 41)

39. ¿Te preocupa perder tu vivienda?

- Si
- No

40. En los últimos 12 meses, ¿ha podido usted o los miembros de su hogar obtener servicios públicos (utilidades) (calefacción, electricidad) cuando realmente lo necesitaban?

- Si
- No

41. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría que estuvo preocupado o estresado?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Siempre

42. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría que estuvo deprimido?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Siempre

43. ¿A dónde iría (o le diría a alguien que vaya) para ayuda o servicios de salud mental? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consejero privado o terapeuta | <input type="checkbox"/> Ministro / Oficial Religioso / Iglesia |
| <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo (por ejemplo, AA, Al-Anon) | <input type="checkbox"/> sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Consejero escolar | <input type="checkbox"/> Hot Línea directa de crisis |
| <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Inseguro / Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Familia / Amigos | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria | |

44. ¿A dónde iría (o le pediría a alguien que vaya) por ayuda o los servicios de uso indebido de drogas / alcohol? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consejero privado o terapeuta | <input type="checkbox"/> Ministro / Oficial Religioso / Iglesia |
| <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo (por ejemplo, AA, Al-Anon) | <input type="checkbox"/> sala de emergencias |
| <input type="checkbox"/> C Consejero escolar | <input type="checkbox"/> Hot Línea directa de crisis |
| <input type="checkbox"/> doctor | <input type="checkbox"/> Inseguro / Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Familia / Amigos | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria | |

45. En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted o algún miembro de su familia algún problema para obtener los servicios de salud mental o el tratamiento de abuso de sustancias que necesita?

- Sí
- No (pase a la pregunta 47)

46. Si marco que sí, ¿cuáles son los problemas que le impiden a usted y / o miembros de su hogar obtener la atención de salud mental o el tratamiento de abuso de sustancias necesarios? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No hay seguro de salud | <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo / necesita citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm |
| <input type="checkbox"/> El seguro no cubre lo que yo / nosotros necesitamos | <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga en la oficina del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> La parte del costo (deducible / copago) era demasiado alta | <input type="checkbox"/> Creencias de cultura / salud |
| <input type="checkbox"/> El proveedor no tomará mi / nuestro seguro | <input type="checkbox"/> Falta de atención culturalmente competente. |
| <input type="checkbox"/> No hay proveedores disponibles | <input type="checkbox"/> estigma social |
| <input type="checkbox"/> El tratamiento aquí no satisface mis necesidades. | <input type="checkbox"/> Miedo (no está listo para enfrentar un problema de salud) |
| <input type="checkbox"/> El proveedor está muy lejos | <input type="checkbox"/> No tengo cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> No hay manera de llegar | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> No sé dónde ir | _____ |
| <input type="checkbox"/> No hay citas disponibles cuando sea necesario / Tiene que esperar demasiado tiempo para recibir tratamiento médico | |

47. ¿A dónde vas cuando necesitas atención dental? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultorio privado del dentista. | <input type="checkbox"/> Universidad local |
| <input type="checkbox"/> sala de emergencias | <input type="checkbox"/> en ninguna parte |
| <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencias | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Salud / Clínica Gratuita. | _____ |

48. ¿Por qué no buscas atención dental? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica; Busco cuidado dental | <input type="checkbox"/> Procesar problemas con referencias. |
| <input type="checkbox"/> No hay seguro dental | <input type="checkbox"/> No hay citas disponibles cuando sea necesario / Tiene que esperar demasiado para obtener una cita |
| <input type="checkbox"/> El seguro dental no cubre los servicios que necesito | <input type="checkbox"/> No puedo salir del trabajo / Necesito citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm |
| <input type="checkbox"/> La parte del costo (deducible / copago) es demasiado alta | <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga en el consultorio del dentista. |
| <input type="checkbox"/> No sé dónde ir | <input type="checkbox"/> Falta de atención culturalmente competente. |
| <input type="checkbox"/> El dentista no tomará mi seguro | <input type="checkbox"/> No tengo guardería |
| <input type="checkbox"/> No hay manera de llegar | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Los servicios dentales necesarios no están disponibles en NHC | _____ |
| <input type="checkbox"/> No hay suficientes dentistas que ofrezcan los servicios que necesito. | |

49. ¿A dónde va cuando necesita atención de la vista? (Marque todo lo que corresponda)

Office Consultorio médico privado.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> en ninguna parte |
| <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencias | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Salud / Clínica Gratuita. | _____ |

50. ¿Por qué no buscas cuidado de la vista? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se aplica; Busco cuidado de la vista | <input type="checkbox"/> Procesar problemas con referencias. |
| <input type="checkbox"/> No hay seguro médico para la vista | <input type="checkbox"/> No hay citas disponibles cuando sea necesario / Tiene que esperar demasiado para obtener una cita |
| <input type="checkbox"/> El seguro de la vista no cubre los servicios que necesito | <input type="checkbox"/> No puedo salir del trabajo / Necesito citas fuera de las 8:00 am a 5:00 pm |
| <input type="checkbox"/> La parte del costo (deducible / copago) es demasiado alta | <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga en el consultorio del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> No sé dónde ir | <input type="checkbox"/> Falta de atención culturalmente competente. |
| <input type="checkbox"/> El doctor no tomará mi seguro. | <input type="checkbox"/> No tengo guardería |
| <input type="checkbox"/> No hay manera de llegar | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Los servicios de visión necesarios no están disponibles en NHC | _____ |
| <input type="checkbox"/> No hay suficientes proveedores de visión que ofrezcan los servicios que necesito | |

51. En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted o algún miembro de su familia algún problema para surtir una receta?

- Si
- No (Pase a la pregunta 53)

52. En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas que le impidieron a usted o un miembro de su hogar obtener sus medicamentos recetados? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No hay seguro de salud | <input type="checkbox"/> Procesar problemas entre médico / proveedor y farmacia. |
| <input type="checkbox"/> El seguro no cubre lo que yo / nosotros necesitamos | <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga en la farmacia. |
| <input type="checkbox"/> La parte del costo (deducible / copago) es demasiado alta | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> No hay manera de llegar | |

53. En los últimos 12 meses, ¿decidió no tomar un medicamento recetado por su médico?

- Sí
- No (Pase a la pregunta 55)

54. En caso que marco que sí, ¿cuál fue el motivo? _____

55. ¿Cómo se deshace de (o se deshace de) los medicamentos vencidos o no deseados? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No me deshago de los medicamentos; Guardo algunos o todos mis medicamentos | <input type="checkbox"/> Llevar los medicamentos a un buzón permanente de medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> tirarlos a la basura | <input type="checkbox"/> Use bolsas de eliminación de químicos / medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Vacíe las pastillas por el inodoro o el lavamanos. | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Llevar los medicamentos a un evento de entrega de medicamentos en la comunidad | |

56. ¿La violencia es una preocupación para usted o para otros en su comunidad?

- Sí
- No

57. ¿Te sientes físicamente y emocionalmente seguro en tu comunidad?

- Sí
- No

58. En los últimos 12 meses, ¿ha sido humillado, gritado, insultado, abusado o abusado emocionalmente de otras maneras por su pareja o ex pareja?

- Sí
- No

59. En los últimos 12 meses, ¿ha sido golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente por alguien?

- Sí
- No

60. Soy capaz de adaptarme a los cambios cuando ocurren.

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Siempre

61. Soy capaz de recuperarme después de una enfermedad, lesión u otras dificultades.

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Siempre

Teniendo en cuenta las personas con quienes te relacionas por nacimiento, matrimonio, adopción, etc.:

62. ¿Cuántos familiares que ves o con los que hablan al menos una vez al mes?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

63. ¿Con cuántos familiares se siente a gusto que puede hablar sobre asuntos privados?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

64. ¿Cuántos familiares te sientes tan cercano como para que puedas pedirles ayuda?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

Teniendo en cuenta a todos tus amigos, incluidos aquellos que viven en tu vecindario:

65. ¿Cuántos de tus amigos ves o hablas con ellos al menos una vez al mes?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

66. ¿Con cuántos amigos te sientes a gusto y puedes hablar de asuntos privados?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

67. ¿Con cuántos amigos te sientes tan cercano como para poder pedir ayuda?

Cero 1 2 3 o 4 5 a 8 9 o más

Parte 2: Programa de salud de la comunidad y mejoramiento del servicio

68. ¿Conoce usted los siguientes programas y servicios?

	De ningún modo	Un poco	Moderada mente	Muy
Oportunidades de recreación tales como parques, centros de actividades y piscinas públicas				
Médico o cuidado gratuito o de bajo costo				
Centros de atención de salud basados en la escuela secundaria				
Servicios dentales móviles ofrecidos en escuelas públicas				
Servicios móviles de crisis para residentes con necesidades de salud mental o uso de sustancias o trastornos				
Programas de prevención/manejo de las diabetes				
Servicios y programas para personas mayores (65 años o más) ofrecidos en NHC				
Vivienda asequible (económica)				
Transporte público				
Servicios para la primera infancia (0-5 años, cuidado y cuidado de niños, información para padres y/o desarrollo y apoyo)				

69. ¿Qué tan probable es que usted o su familia utilicen los siguientes programas y servicios?

	De ningún modo	Un Poco	Moderada mente	Muy
Oportunidades de recreación tales como parques, centros de actividades y piscinas públicas				
Asistencia médica o cuidado médico gratuito o de bajo costo.				
Centros de atención de salud basados en la escuela secundaria				
Servicios dentales móviles ofrecidos en escuelas públicas				
Servicios móviles de crisis para residentes con necesidades de salud mental o uso de sustancias o trastornos				
Programas de prevención / manejo de la diabetes.				
Servicios y programas para personas mayores (65 años o más) ofrecidos en NHC				
Vivienda asequible (económico)				
Transporte público				
Servicios para la primera infancia (0-5 años, cuidado y cuidado de niños, información para padres y / o desarrollo y apoyo)				

Parte 3: Preparación para emergencias

70. ¿Cuál sería su forma principal de obtener información de las autoridades en un desastre o emergencia de gran escala? (Marque todo lo que corresponda)

- Televisión
- Texto (Alertas de Emergencia)
- Radio
- Notificaciones de alerta de emergencia previamente registradas a través de la Administración de emergencias de mi condado
- internet
- Teléfono / Smartphone
- Medios impresos / Periódico
- Nueva página web del condado de Hanover
- Social medial (por ejemplo, Twitter, Facebook)
- 911
- 211
- Vecinos / Amigos / Familia / Palabra de boca
- Registro de necesidades especiales del condado de New Hanover
- No sé / No estoy seguro
- Otro (por favor especifique)

71. ¿Tiene usted o un miembro de la familia una discapacidad que dificulta en caso de tormentas o los desastres?

- Si
- No

72. Si las autoridades públicas anunciaran una evacuación obligatoria de su vecindario o comunidad debido a un desastre o emergencia de gran escala, ¿a dónde iría? (Marque solo una)

- Amigos / familia / segundo hogar fuera del área
- Hotel o Motel
- Refugio comunitario
- No sé / No estoy seguro
- No evacuaría
- Otro (por favor especifique)

73. ¿Cuál sería la razón principal por la que no puede evacuar si se le pide que lo haga? (Marque solo una)

- No aplicable, evacuaría
- Preocupación por los embotellamientos y la incapacidad para salir
- Preocupación por dejar mascotas
- Preocupación por dejar la propiedad atrás
- Preocupación por la seguridad familiar.
- preocupación de los funcionarios públicos se equivoca
- Preocupación por la seguridad personal.
- Dinero / preocupaciones financieras
- Falta de transporte
- No hay lugar para ir
- Los problemas de salud de uno mismo o los de un miembro de la familia dificultarían o imposibilitarían la evacuación sin asistencia
- He preparado mi hogar para emergencias y creo que seguirá siendo el lugar más seguro para estar
- No sé / No estoy seguro
- Otro (por favor especifique) _____

74. ¿Usted / los miembros de su hogar tienen un plan de emergencia y / o un kit básico de suministros de emergencia? Estos kits incluyen agua, alimentos no perecederos, recetas de las medicinas necesarias suministros de primeros auxilios, linternas y baterías, abrelatas no eléctricos, mantas, alimentos para mascotas, etc.

- Si
- No (Pase a la pregunta 76)

75. Si tiene un kit de suministros de emergencia, ¿cuántos días cree que duraría su kit de suministros de emergencia?

- Menos de 3 días
- Más de 3 días.
- No estoy seguro / no lo se

76. ¿Usted / los miembros de su hogar tienen alguno de los siguientes planes de emergencia? (Marque todo lo que corresponda)

- Plan de comunicación de emergencia, como una lista de números de teléfono importantes y un contacto designado fuera de la ciudad
- Lugar de reunión designado inmediatamente fuera de su hogar o cerca de su vecindario
- Copias de documentos importantes en un lugar seguro.
- Lugar de reunión designado fuera de su vecindario si no puede regresar a su hogar
- Múltiples rutas fuera de su hogar en caso de que sea necesaria una evacuación
- Yo / nosotros no tenemos planes de emergencia

77. ¿Hay alguien en su hogar que no hable inglés y / o tenga dificultades para entender la guía proporcionada en inglés?

- Si
- No

78. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? (Marque solo una)

- Ingles
- Español
- Otro (por favor especifique) _____

Parte 4: Demografía

Este conjunto de preguntas nos ayudará a determinar cómo lo estamos haciendo para obtener una muestra representativa de la población. Todas las respuestas son confidenciales y anónimas.

79. Soy _____

- Macho
- Hembra
- Transgénico
- Otro (por favor especifique) _____

80. ¿Te identificas como LGBTQ +?

- Sí
- No
- Inseguro / desconocido

81. Me identifico como: (Marque todo lo que corresponda)

- Blanco o caucásico
- Negro o afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Indio asiático
- Otros asiáticos, incluyendo japonés, chino, vietnamita y filipino / a
- Otras islas del Pacífico, incluyendo nativos de Hawaii, Samoa, Guamanian / Chamorro
- Otro (por favor especifique) _____

82. ¿Eres de origen hispano, latino o español? (Marque solo una)

- No soy de origen hispano, latino o español.
- Sí; Mexicano, mexicanoamericano, chicano
- Sí; puertorriqueño
- Sí; Cubano o cubano americano
- Sí; America Central
- Sí; sudamericano
- Sí; Otros (especificar) _____

83. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?

- Nunca asistí a la escuela o solo asistí a kindergarten
- Grados 1 a 8 (Elemental / Intermedio)
- Grados 9 a 11 (algunos estudios secundarios)
- Grado 12 o GED (graduado de secundaria)
- Colegio 1+ años (algunos colegios o escuelas técnicas)
- Graduado universitario
- Grado de posgrado o superior

84. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar el año pasado antes de impuestos?

- Menos de \$ 12,000
- \$ 12,000 - \$ 24,999
- \$ 25,000 - \$ 49,999
- \$ 50,000 - \$ 74,999
- \$ 75,000 - \$ 99,999
- \$ 100,000 - \$ 149,000
- \$ 150,000 - 249,0000
- \$ 250,000 o más

85. ¿Cuál es su situación laboral? (Marque todo lo que corresponda)

- Empleado a tiempo completo (más de 30 horas / semana)
- Tiempo parcial empleado (menos de 30 horas / semana)
- Jubilado
- Un estudiante
- Desempleado a largo plazo (fuera del trabajo 27 semanas o más)
- Desempleado a corto plazo (sin trabajo menos de 27 semanas)
- Un ama de casa / cuidador a tiempo completo
- No se puede trabajar / deshabilitado
- Más de 1 trabajo
- Autónomo

¡Gracias por completar nuestra encuesta!

*Los resultados de la encuesta serán compilados y publicados en el
2019 Evaluación de la salud de la comunidad del
condado de New Hanover.*

*Para obtener más información sobre esta evaluación o para encontrar recursos comunitarios, visite:
health.nhcgov.com/CHA*