

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

Quiénes somos: The Health Collaborative es un grupo de colaboradores que trabajan juntos para hacer lograr su visión: que la región del Gran Cincinnati tenga una salud excepcional. Estamos comprometidos a asegurarnos de que todos tengan acceso a una atención médica de calidad, asequible y accesible.

Propósito de este proyecto: comprender qué se necesita para ser una comunidad más sana.

Lo que se le pide: dado que usted es parte de esta comunidad, le pedimos que complete una encuesta sobre su salud.

Lo que se le preguntará en la encuesta: en la encuesta, se le harán preguntas básicas sobre su salud, qué hace que estar sano le resulte fácil o difícil y cómo nuestra comunidad apoya su salud.

Esta encuesta es anónima (nadie conocerá su identidad) y sus respuestas no se compartirán.

Al final de esta encuesta, será redirigido a otra página donde podrá entrar a un **concurso por una tarjeta de regalo de Amazon de \$100**. Habrá dos concursos, así que tendrá dos oportunidades de ganar. Para entrar al concurso, se le pedirá su nombre y su número de teléfono o correo electrónico. **Su entrada al concurso no podrá vincularse con su encuesta.**

A quién contactar para pedir ayuda o hacer preguntas: Measurement Resources Company organiza esta encuesta. Si tiene alguna pregunta o desea obtener ayuda con la encuesta, llame a Elizabeth Pafford al 614-947-8899, o envíe un correo electrónico a epafford@measurementresourcesco.com.

¿En qué condado vive?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IN-Dearborn | <input type="checkbox"/> OH-Clark |
| <input type="checkbox"/> IN-Franklin | <input type="checkbox"/> OH-Clermont |
| <input type="checkbox"/> IN-Ohio | <input type="checkbox"/> OH-Clinton |
| <input type="checkbox"/> IN-Union | <input type="checkbox"/> OH-Drake |
| <input type="checkbox"/> KY-Boone | <input type="checkbox"/> OH-Greene |
| <input type="checkbox"/> KY-Campbell | <input type="checkbox"/> OH-Hamilton |
| <input type="checkbox"/> KY-Grant | <input type="checkbox"/> OH-Highland |
| <input type="checkbox"/> KY-Kenton | <input type="checkbox"/> OH-Miami |
| <input type="checkbox"/> OH-Adams | <input type="checkbox"/> OH-Montgomery |
| <input type="checkbox"/> OH-Auglaize | <input type="checkbox"/> OH-Preble |
| <input type="checkbox"/> OH-Brown | <input type="checkbox"/> OH-Shelby |
| <input type="checkbox"/> OH-Butler | <input type="checkbox"/> OH-Warren |
| <input type="checkbox"/> OH-Champaign | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

Acerca de usted

Para ayudarnos a obtener información acerca de la salud y las experiencias relacionadas con la salud de todas las personas de nuestra comunidad, nos gustaría obtener información básica sobre usted.

1. **¿En qué año nació?**

2. **¿Cuál es su raza/etnia? (Seleccione todas las opciones que correspondan).**
 - Nativo americano o de Alaska
 - Asiático
 - Negro o afroamericano
 - Hispánico, Latino/a/x o de origen hispano
 - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 - Blanco o caucásico
 - Prefiero no responder
 - Otra raza (especifique)

3. **¿Cuál es su género según su certificado de nacimiento? (Podrá indicar su identidad de género actual más adelante en la encuesta).**
 - Hombre
 - Mujer
 - Intersexual
 - Prefiero no responder

4. **¿Qué tipo de seguro médico o asistencia médica tiene? (Marque todas las opciones que correspondan).**
 - No tengo seguro/No recibo asistencia
 - Seguro médico privado (de su trabajo o del de otra persona)
 - Seguro de Healthcare.gov (también conocido como ACA, Obamacare o seguro de mercado)
 - Medicare
 - Medicaid
 - Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)
 - Seguro de incapacidad
 - COBRA
 - Prefiero no responder
 - Otro, especifique: _____

5. **¿En qué código postal vives?**

Condiciones y acceso a la salud

Esta sección es acerca de su salud y su atención médica.

6. A continuación, hay una lista de condiciones de salud que afectan a su comunidad. En los últimos 12 meses (*desde abril de 2020, aproximadamente en la época en la que el COVID-19 comenzó a afectarnos*), ¿**usted (no algún miembro de su familia)** necesitó o recibió tratamiento para alguna de las siguientes condiciones de salud? Seleccione la opción que mejor describa su situación.

	No tuve esta condición en el último año	Tuve esta condición, pero no necesité tratamiento	Tuve esta condición y necesité tratamiento, pero no recibí tratamiento en el último año	Recibí tratamiento para esta condición en el último año
a. Alzheimer	1	2	3	4
b. Artritis (osteoartritis) u osteoporosis	1	2	3	4
c. Trastornos hematológicos	1	2	3	4
d. Cáncer	1	2	3	4
e. Condiciones como presión alta, colesterol alto, enfermedad de las arterias coronarias, derrame cerebral, ataque cardíaco u otras condiciones similares u otras enfermedades cardiovasculares.	1	2	3	4
f. COVID-19	1	2	3	4
g. Condiciones pulmonares (es decir, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema, bronquitis crónica u otras condiciones similares).	1	2	3	4
h. Diabetes de tipo 1 o tipo 2	1	2	3	4
i. VIH/SIDA	1	2	3	4
j. Enfermedades gastrointestinales				
k. Una ETS o ITS (salvo VIH/SIDA)	1	2	3	4
l. Embarazo/atención prenatal	1	2	3	4
m. Complicaciones de salud materna durante el embarazo o en el año posterior al parto (es decir, complicaciones en el embarazo, sangrado intenso, presión alta, depresión posparto, miocardiopatía).	1	2	3	4
n. Salud mental (es decir, ansiedad, depresión, etc.)				
o. Trastornos neurológicos	1	2	3	4
p. Trastornos psiquiátricos	1	2	3	4
q. Adicción al alcohol u otras drogas	1	2	3	4
r. Pensamientos o intenciones autodestructivos	1	2	3	4
s. Lesión por algún tipo de accidente (por ejemplo: accidente automovilístico,	1	2	3	4

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

	No tuve esta condición en el último año	Tuve esta condición, pero no necesité tratamiento	Tuve esta condición y necesité tratamiento, pero no recibí tratamiento en el último año	Recibí tratamiento para esta condición en el último año
accidente de maquinaria agrícola, mordedura de un animal, intoxicación no intencionada, etc.).				

7. ¿Qué otras condiciones de salud tuvo en los últimos 12 meses para las que necesitó tratamiento, pero no lo recibí? (Marque todas las opciones que correspondan).

- Enfermedad autoinmune (es decir, lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- Alergias
- Problemas dentales (es decir, enfermedad de las encías, odontonecrosis, caries, dentaduras postizas)
- Problemas de visión (es decir, uso de anteojos, cambios en la visión, cirugía ocular, cataratas)
- Migrañas
- Problemas de salud reproductiva masculina distintos del cáncer
- Problemas de salud reproductiva femenina distintos del cáncer
- Otra (especifique):
- Ninguna

8. ¿Qué condiciones de salud (si corresponde) tuvieron sus hijos en los últimos 12 meses para las que necesitaron tratamiento, pero no lo recibieron? (Marque todas las opciones que correspondan).

- Atención de salud física
- Atención de salud mental
- Exámenes de bienestar infantil (Well Child Exams, chequeo anual)
- Problemas de salud infantil (es decir, defectos de nacimiento, parto prematuro, bajo peso al nacer)
- Otra (especifique):
- Prefiero no responder
- Ninguna

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

9. En los últimos 12 meses (desde abril de 2020, aproximadamente en la época en la que el COVID-19 comenzó a afectar a nuestra comunidad), ¿con qué frecuencia se vio en cada una de las siguientes situaciones?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
a. Se quedó sin una receta o necesitó un medicamento.	1	2	3	4	5	0
b. No pudo acceder a pruebas recomendadas por su médico para una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0
c. No pudo acceder a tratamientos recomendados por su médico para una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0
d. Pospuso una visita a su médico por una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0

10. Ahora piense en los 12 meses anteriores al COVID-19. ¿Con qué frecuencia se vio en cada una de las siguientes situaciones?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
a. Se quedó sin una receta o necesitó un medicamento.	1	2	3	4	5	0
b. No pudo acceder a pruebas recomendadas por su médico para una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0
c. No pudo acceder a tratamientos recomendados por su médico para una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0
d. Pospuso una visita a su médico por una preocupación de salud.	1	2	3	4	5	0

11. En general, ¿qué tan cómodo se sintió hablando con proveedores de atención médica (por ejemplo, médicos, enfermeros de práctica avanzada, auxiliares médicos, terapeutas) sobre sus preocupaciones de salud?

Para nada cómodo	Algo cómodo	Muy cómodo (pase a la pregunta 12)	No he visitado a ningún proveedor de atención médica (pase a la pregunta 12)
1	2	3	0

12. ¿En cuál de las siguientes situaciones se sentiría más cómodo al hablar con un proveedor de atención médica? (marque todas las opciones que correspondan)

- Si fuese de la misma raza u origen cultural que yo.
- Si pudiera hablar con mi proveedor en persona y no a través de servicios virtuales o de telesalud.
- Si pudiera hablar con mi proveedor por teléfono o a través de la computadora y no en persona.
- Si sintiera que mi proveedor de atención médica me escucha o comprende mis preocupaciones de salud.
- Si fuese del mismo género que yo.
- Si usara palabras que entiendo.
- Si fuese más fácil comunicarse mediante un intérprete (si fuese necesario).
- Si pudiese hablar con mi proveedor sin sentir vergüenza por mis preocupaciones de salud.
- Si no hubiese otras personas (p. ej.: familiares, intérprete, cuidador) en la habitación mientras hablo con mi proveedor.
- Si confiase en que los proveedores velaran por mis intereses.
- Prefiero no responder
- Otro (especifique): _____

13. En general, ¿cómo describiría la calidad de la atención médica que suele recibir?

Deficiente	Satisfactoria	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
1	2	3	4	5	0

14. Cuando se enferma o tiene una preocupación sobre su salud, ¿adónde suele acudir para obtener ayuda? (seleccione solo una opción).

- Le pido consejo a un líder espiritual o cultural.
- Llamo a una línea directa y otra línea de asistencia.
- Voy con un médico de atención primaria.
- Voy al Departamento de Urgencias del hospital.
- Voy a una clínica gratuita.
- Acudo a un amigo o un familiar.
- Voy a un centro de salud aprobado por el Gobierno Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o un centro de salud en mi vecindario.
- Acudo a una farmacia.
- Busco proveedores de atención médica en línea.
- Busco información sobre mis síntomas en línea.
- Hablo con mi proveedor de seguro médico.
- Busco atención de urgencia.
- Voy a una clínica sin cita previa (MinuteClinic)
- No tengo un lugar o una persona a la que acudir.
- Prefiero no responder
- Otro, especifique _____

15. Piense en la opción que seleccionó en la pregunta anterior, ¿cuánto se tiene que desplazar desde su casa para llegar a ese sitio?

- No tengo que desplazarme, generalmente recibo servicios virtuales/de telesalud.
- Menos de 10 minutos desde mi casa.
- Entre 10 y 20 minutos desde mi casa.
- Entre 21 y 30 minutos desde mi casa.
- Más de 30 minutos desde mi casa.
- No tengo/no recibo atención médica.
- No lo sé
- Prefiero no responder

16. ¿Con qué frecuencia se realiza chequeos médicos o exámenes físicos (incluidas mamografías, Papanicolaou, colonoscopías, exámenes de próstata)?

- Más de una vez al año
- Una vez al año
- Una vez cada dos años
- Una vez cada tres a cinco años
- Una vez cada más de cinco años
- Nunca o casi nunca
- Prefiero no responder

Obstáculos para la atención médica

Esta sección trata sobre los obstáculos a los que se enfrentan muchas personas de su comunidad. Piense en todas las veces que busca o recibe tratamiento o atención médica para su salud y responda las siguientes preguntas.

17. En general, ¿con qué frecuencia se ha sentido identificado con las siguientes afirmaciones al buscar/recibir atención médica?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
a. No puedo programar una cita porque no hay opciones disponibles fuera del horario de atención ni los fines de semana.	1	2	3	4	5	0
b. No sé adónde acudir para obtener la atención médica adecuada para mí.	1	2	3	4	5	0
c. Tengo problemas para lograr que alguien me llame para programar una cita.	1	2	3	4	5	0
d. Tengo que esperar mucho tiempo en la sala de espera o en la sala de exámenes para poder ver a un médico.	1	2	3	4	5	0
e. No puedo encontrar a un médico/proveedor que respete mi	1	2	3	4	5	0

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
identidad de género u orientación sexual.						
f. Soy objeto de discriminación a la hora de obtener atención médica debido a mi género o identidad/orientación sexual.	1	2	3	4	5	0

18. En general, ¿con qué frecuencia se ha sentido identificado con las siguientes afirmaciones al buscar/recibir atención médica?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
a. No puedo encontrar a un médico/proveedor que hable/use mi idioma o que tenga servicios de traducción disponibles.	1	2	3	4	5	0
b. No puedo encontrar a un médico/proveedor que entienda/respete mi cultura.	1	2	3	4	5	0
c. Soy objeto de discriminación a la hora de obtener atención médica debido a mi raza o mi cultura.	1	2	3	4	5	0
d. No puedo costearme una cita con un médico.	1	2	3	4	5	0
e. No puedo costear mis medicamentos.	1	2	3	4	5	0
f. No tengo teléfono para programar citas médicas/de atención médica.	1	2	3	4	5	0
g. No tengo una computadora o conexión a Internet confiables para acceder a servicios de telesalud.	1	2	3	4	5	0

19. En general, ¿con qué frecuencia se ha sentido identificado con las siguientes afirmaciones al buscar/recibir atención médica?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
a. No me siento a salvo yendo a un centro de atención médica porque temo que podría contraer COVID-19.	1	2	3	4	5	0
b. No me siento a salvo en la ubicación/vecindario del centro de atención médica.	1	2	3	4	5	0
c. No recibo atención médica porque temo lo que me dirán sobre mi salud.	1	2	3	4	5	0

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre	No aplica
d. No recibo atención médica porque temo lo que mis amigos, mi familia o mi comunidad puedan decir al respecto.	1	2	3	4	5	0
e. No recibo atención médica porque temo que los trabajadores sanitarios puedan juzgarme.	1	2	3	4	5	0
f. Pospongo el momento de recibir atención médica porque creo que mis síntomas mejorarán solos.	1	2	3	4	5	0
g. No recibo atención médica porque no creo que el sistema de atención médica vele por mis intereses.	1	2	3	4	5	0

Factores de salud de la comunidad

20. A continuación, hay una lista de condiciones que pueden afectar a la salud. ¿En qué medida vive las siguientes situaciones en su hogar o en su comunidad?

	En muy poca medida	En poca medida	En cierta medida	En gran medida	En muy gran medida	No lo sé/No aplica
a. Violencia en el vecindario	1	2	3	4	5	0
b. Lugar de trabajo inseguro (peligroso o con riesgo de lesiones)	1	2	3	4	5	0
c. Conexión estable a Internet	1	2	3	4	5	0
d. Conexión telefónica estable	1	2	3	4	5	0
e. Acceso a agua potable (libre de plomo y otros materiales nocivos)	1	2	3	4	5	0
f. Aire limpio (libre de productos químicos nocivos)	1	2	3	4	5	0
g. Parques a poca distancia	1	2	3	4	5	0
h. Acceso a cuidado infantil a calidad	1	2	3	4	5	0
i. Poca distancia de escuelas de calidad	1	2	3	4	5	0

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

21. A continuación, hay una lista de factores que pueden afectar la salud. ¿Con qué frecuencia se encuentra con estos factores?

Indique la frecuencia con la que...	Nunca o casi nunca	En escasas ocasiones	A veces	A menudo	Siempre o casi siempre	No lo sé/No aplica
a. Puede acceder a transporte confiable	1	2	3	4	5	0
b. Tiene suficiente comida	1	2	3	4	5	0
c. Tiene suficiente dinero para pagar las cuentas	1	2	3	4	5	0
d. Tiene una vivienda segura y estable	1	2	3	4	5	0
e. Puede contar con su familia o amigos para hablar sobre sus preocupaciones de salud	1	2	3	4	5	0
f. Tiene alguien con quien hablar sobre otros problemas serios	1	2	3	4	5	0
g. Ha sido hostigado (en el pasado o en la actualidad)	1	2	3	4	5	0
h. Se siente conectado con su comunidad	1	2	3	4	5	0

Otros factores de salud

A continuación, hay una lista de otros factores que pueden afectar la salud. Para cada pregunta, seleccione la opción que mejor describa su situación.

22. La mayoría de las semanas, ¿con qué frecuencia realiza actividad física durante 30 minutos o más?

- Menos de 1 día a la semana
- 1 día a la semana
- 2 días a la semana
- 3 días a la semana
- 4 días a la semana
- 5 días a la semana o más
- Prefiero no responder

23. ¿Fuma tabaco actualmente?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

24. ¿Utiliza actualmente cigarrillos electrónicos (e-cigarettes)/productos para vapear?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

- 25.** ¿Con qué frecuencia consumió 5 o más bebidas (4 o más bebidas si es mujer) en una sola ocasión durante el mes pasado?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una o dos veces al mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - De 3 a 6 días a la semana
 - Todos los días o casi todos los días
 - Prefiero no responder
- 26.** ¿Tiene presión alta?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
 - Prefiero no responder
- 27.** ¿Tiene colesterol alto?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
 - Prefiero no responder
- 28.** ¿Cómo calificaría sus hábitos generales de alimentación saludable (por ejemplo, frutas, verduras, cereales, productos lácteos, productos animales magros como aves, pescado y huevos)?
- Deficientes
 - Satisfactorios
 - Buenos
 - Muy buenos
 - Excelentes
 - Prefiero no responder
- 29.** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su peso corporal?
- Por debajo de mi peso ideal
 - Peso normal
 - Por encima de mi peso ideal
 - Obesidad
 - No estoy seguro
 - Prefiero no responder

Otros datos demográficos

Para ayudarnos a conocer las diferencias en las necesidades y las experiencias de salud en nuestra comunidad, responda las siguientes preguntas sobre usted.

30. ¿De cuál de las siguientes maneras se identifica?

- Hombre
- Mujer
- Hombre transgénero/hombre trans/transmasculinidad (female-to-male, FTM)
- Mujer transgénero/mujer trans/transfeminidad male-to-female (MTF)
- Sin género
- Queer/de género fluido/de género no binario/género no conforme con las categorías de masculino o femenino
- Persona de dos espíritus
- Prefiero no responder
- Otra categoría de género (especifique): _____

31. ¿Está o ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas, en las Reservas Militares o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

- Sí, soy un miembro activo en servicio
- Sí, soy veterano
- No, no soy un miembro activo en servicio ni veterano
- Prefiero no responder

32. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido arrestado o estado en prisión?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

33. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de empleo?

- Empleado/autónomo con trabajo de tiempo completo
- Empleado/autónomo con trabajo de medio tiempo
- Sin empleo, buscando empleo
- Sin empleo, NO estoy buscando empleo
- Retirado
- Incapacitado par
- a trabajar
- Prefiero no responder

34. ¿Cuál es su competencia en inglés?

- Hablo muy bien inglés (fluido)
- Hablo algo de inglés (limitado)
- No hablo nada de inglés (nulo)
- Prefiero no responder

35. Aproximadamente, ¿cuál es el ingreso anual (todos los ingresos de las personas que viven en la casa combinados) de su hogar?

- Menos de \$25,000
- \$25,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 o más
- No estoy seguro/No lo sé
- Prefiero no responder

36. ¿Cuál es el nivel de escolarización más alto que ha completado?

- No llegué a la escuela secundaria
- Hice algunos años de la escuela secundaria
- Diploma de secundaria/GED
- Hice algunos años de universidad/terciario
- Título de licenciado
- Título de posgrado
- Prefiero no responder

37. ¿De cuál de las siguientes maneras se identifica?

- Heterosexual
- Lesbiana o mujer homosexual
- Gay u hombre homosexual
- Hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres (MSM)
- Bisexual
- Asexual
- Arromántico
- Queer, pansexual o cuestionando mi orientación
- No lo sé
- Prefiero no responder
- Otro (especifique): _____

38. ¿Cuántas personas de cada uno de estos grupos etarios viven en su hogar (incluido usted mismo)?

- # Niños menores de 5 años _____
- # Niños de 5 a 17 años _____
- # Adultos de 18 a 64 años _____
- # Adultos mayores de 65 años o más _____
- Prefiero no responder

39. ¿Es usted un padre/una madre de crianza temporal o tiene un niño en crianza temporal en su hogar?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

40. ¿Está a cargo de algún familiar o amigo que tiene una condición de salud o una incapacidad?

- Sí, y la persona a mi cargo tiene **más** de 18 años
- Sí, y la persona a mi cargo tiene **menos** de 18 años
- No
- Prefiero no responder

41. ¿Tiene alguna de las siguientes incapacidades? (Marque todas las opciones que correspondan).

- No tengo ninguna incapacidad
- Condición de salud crónica
- Demencia
- Discapacidad del desarrollo
- Dificultad para ver
- Dificultad para oír o dificultad en el habla
- Dificultad en el aprendizaje
- Otra incapacidad para comunicarse
- Otra incapacidad mental/cognitiva (p. ej.: lesión cerebral por causas traumáticas)
- Otra incapacidad
- Incapacidad física/motriz
- Prefiero no responder

Entrada al concurso de la encuesta sobre su comunidad

Esta información se utilizará solamente para el concurso y nadie ajeno a Measurement Resources Company podrá verla.

Esta información no está relacionada con sus respuestas a la encuesta.

Se seleccionarán al azar dos nombres el día 15 de junio.

Si su nombre sale sorteado, nos pondremos en contacto con usted.

¿Le gustaría participar del concurso por una de dos tarjetas de regalo de Amazon de \$100?

- Sí (continúe a la siguiente página y complete la entrada al concurso).
- No (Gracias, ha completado su encuesta).

Evaluación de necesidades de salud de la comunidad de The Health Collaborative

Entrada al concurso (desprenda de la encuesta)

Su nombre:

Su dirección de correo electrónico:

Su número de teléfono: