

Creando un Flagler y un Volusia más Saludables: Encuesta Comunitaria 2019

Necesitamos su ayuda para entender mejor sobre la salud de los condados de Volusia & Flagler. Puede ayudar completando esta encuesta de salud. Los resultados de la encuesta se utilizarán para compilar la evaluación de necesidades de salud de la comunidad. ¡Gracias!

1. ¿Dónde vive usted? Flagler Volusia Otro Condado en la Florida Fuera de la Florida 2. Código Postal: _____

3. ¿Cómo califica su salud general? (Marque UNO) Excelente Buena Regular Mala No lo sé

4. Marque hasta 5 cosas que le permiten a USTED estar saludable donde vive:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Iglesias u otros lugares de culto | <input type="checkbox"/> Buen lugar para crear a los hijos | <input type="checkbox"/> No hay discriminación |
| <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado de la salud | <input type="checkbox"/> Buenos trabajos, economía saludable | <input type="checkbox"/> Presencia de tecnología médica avanzada |
| <input type="checkbox"/> Lugares donde puedo estar activo y seguro | <input type="checkbox"/> Buena educación | <input type="checkbox"/> Buen lugar para envejecer |
| <input type="checkbox"/> Acceso a transporte público | <input type="checkbox"/> Vecindario seguro/seguro para caminar | <input type="checkbox"/> Escuelas centradas en la salud de los niños |
| <input type="checkbox"/> Opciones de vivienda a precio que se pueda pagar y/o disponibles | <input type="checkbox"/> Cuidado de salud preventivo | <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> Acceso a servicios de salud social y mental | <input type="checkbox"/> Ambiente limpio y saludable | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

5. Marque hasta 5 áreas de interés relacionadas a la salud que a USTED más le preocupan en su condado:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma/enfermedad respiratoria/pulmonar | <input type="checkbox"/> Adicción – alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Maltrato/negligencia infantil |
| <input type="checkbox"/> Cuidado al final de la vida | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Embarazo de adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Salud ambiental, alcantarillas, fosas sépticas | <input type="checkbox"/> Cánceres | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Mortalidad infantil/muerte infantil | <input type="checkbox"/> Lesiones causadas por accidentes automovilísticos | <input type="checkbox"/> Obesidad en adultos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Armas de fuego en los hogares | <input type="checkbox"/> Obesidad infantil |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Violencia (violación, asalto, crimen, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Fumar/uso de tabaco | <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos/supermercados saludables |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Falta de vivienda | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

6. Marque hasta 5 comportamientos no saludables que a USTED más le preocupan en su condado:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Falta de ejercicio | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Mala nutrición/malos hábitos alimenticios | <input type="checkbox"/> No recibir "vacunas" para prevenir enfermedades | <input type="checkbox"/> Conductores sin licencia y/o peligrosos |
| <input type="checkbox"/> No graduarse de la escuela preparatoria | <input type="checkbox"/> No usar anticonceptivos | <input type="checkbox"/> Sexo inseguro (adolescentes y adultos) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental/estrés | <input type="checkbox"/> Discriminación | <input type="checkbox"/> Tener sobrepeso/obesidad |
| <input type="checkbox"/> Salud dental/bucal pobre | <input type="checkbox"/> Uso excesivo de salas de emergencias | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

7. ¿Qué servicios de atención médica son difíciles de obtener en su comunidad? (Marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia alternativa | <input type="checkbox"/> Recetas/medicamentos/suministros médicos | <input type="checkbox"/> Atención prenatal |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental/bucal | <input type="checkbox"/> Cuidado preventivo (por ejemplo, chequeos anuales) | <input type="checkbox"/> Salud mental/consejería |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias/hospitalización | <input type="checkbox"/> Atención primaria (por ejemplo, un médico de cabecera o una clínica) | <input type="checkbox"/> Terapia física/terapia de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar/control de la natalidad | <input type="checkbox"/> Atención médica especializada (por ejemplo, cardiólogo) | <input type="checkbox"/> Visión/cuidado de la vista |
| <input type="checkbox"/> Radiografías/mamografías/análisis de sangre | <input type="checkbox"/> Servicios de abuso de sustancias - drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

8. ¿Qué siente USTED son barreras para que Usted sea o permanezca saludable en su condado? (Marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo mucho | <input type="checkbox"/> No tengo un buen seguro de salud | <input type="checkbox"/> No puedo llegar a un lugar que venda comida saludable |
| <input type="checkbox"/> Es difícil estar saludable donde trabajo | <input type="checkbox"/> No puedo llegar a un lugar donde pueda hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> No puedo hacer ejercicio afuera |
| <input type="checkbox"/> No tengo apoyo de familiares/amigos | <input type="checkbox"/> No hago ejercicio | <input type="checkbox"/> Es difícil o costoso cocinar/comer saludable |
| <input type="checkbox"/> No me gusta la comida saludable | <input type="checkbox"/> Ninguno, no tengo barrera | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

9. ¿Qué siente son las barreras para que USTED obtenga cuidado de salud en su condado? (Marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte | <input type="checkbox"/> No tener una fuente de atención regular | <input type="checkbox"/> Discriminación racial/falta de respeto |
| <input type="checkbox"/> No poder pagar las visitas al médico/al hospital | <input type="checkbox"/> Falta de servicios en la noche y/o en fines de semana | <input type="checkbox"/> Deuda médica |
| <input type="checkbox"/> No puedo encontrar proveedores que acepten mi seguro | <input type="checkbox"/> Largas esperas para citas | <input type="checkbox"/> Falta de acceso telefónico |
| <input type="checkbox"/> No sé qué tipos de servicios están disponibles | <input type="checkbox"/> Nadie a quien recurrir para pedir ayuda | <input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Demasiada preocupación y estrés | <input type="checkbox"/> Falta de necesidades diarias de supervivencia | <input type="checkbox"/> Sobrellevar la pérdida de un ser querido/duelo |
| <input type="checkbox"/> Barreras lingüísticas | <input type="checkbox"/> Lidar con la soledad | <input type="checkbox"/> Ninguno, no tengo barreras |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de servicios para personas mayores/viejitos | <input type="checkbox"/> Lidar con la depresión | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

10. ¿Cómo se cubre su cuidado de salud? (Marque TODO lo que corresponda):

Creando un Flagler y un Volusia más Saludables: Encuesta Comunitaria 2019

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro: su trabajo o el de un familiar | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Medicaid propio | <input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Seguro que paga personalmente | <input type="checkbox"/> Cobertura militar/VA | <input type="checkbox"/> Pago en efectivo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

11. ¿A dónde iría si estuviera preocupado por la salud mental, física o social de su hijo? (Marque TODO lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo hijos/dependientes | <input type="checkbox"/> El departamento de salud local | <input type="checkbox"/> Enfermera escolar/profesor/consejero |
| <input type="checkbox"/> La oficina del doctor del hijo | <input type="checkbox"/> Sala de emergencias del hospital | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Otros miembros de la familia o amigos | <input type="checkbox"/> Lugar de culto local o grupo del vecindario | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 12. ¿Se le hace difícil trabajar o estudiar debido a problemas para obtener cuidado de niños? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No aplica |
| 13. ¿Tiene miedo de que le hagan daño en el edificio donde vive o en su casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro |
| 14. ¿Le preocupa o está ansioso que en los próximos 2 meses no tenga una vivienda estable que sea de su propiedad, alquile o donde quedarse como parte de un hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro |
| 15. ¿Tiene un lugar seguro o hay algún lugar donde se sienta seguro? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro |

En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 16. ¿La compañía de servicios públicos ha cancelado sus servicios por no pagar sus facturas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro | |
| 17. ¿Alguna vez comió menos porque no había suficiente dinero para comprar comida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro | |
| 18. ¿Se preocupó si su comida se agotaría antes de que tuviera dinero para comprar más comida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro | |
| 19. ¿Necesitó en algún momento consultar a un médico, pero no pudo debido al costo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro | |
| 20. ¿Alguna vez estuvo sin cuidado de salud porque no tenía manera de llegar al lugar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro | |
| 21. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> A menudo |
| 22. ¿Con qué frecuencia se siente excluido? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> A menudo |
| 23. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> A menudo |

Demografía:

24. **Edad:** menor de 18 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+
25. **Estado civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo
26. **Género:** Femenino Masculino
27. **Raza: ¿Con qué grupo se identifica más Usted? (Marque UNA selección)**
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco / Caucasiano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño del pacífico |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Raza mixta | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
28. **¿Con qué grupo étnico se identifica más Usted? (Marque UNA selección)** No Hispano/Latino Hispano/Latino
29. **Educación: Por favor, marque el nivel más alto completado: (Marque UNA selección)**
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria (1-5)/Secundaria (6-8) | <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios sin Graduarse | <input type="checkbox"/> Título Universitario/Bachillerato (4 años) |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria o GED | <input type="checkbox"/> Colegio Técnico/Comunitario | <input type="checkbox"/> Título Avanzado/Posgrado |
30. **Estado de empleo: (Marque UNA selección)**
- | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> No busco empleo | <input type="checkbox"/> Me dedico al hogar | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Retirado/Jubilado | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
31. **Ingreso del hogar: (Marque UNA selección)**
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 | |

¡Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta! Si tiene alguna pregunta o desea participar en el proceso de evaluación de las necesidades de salud de la comunidad, envíe un correo electrónico a Laureen Husband a Laureen.Husband@flhealth.gov. Envíe por correo las encuestas completadas a Community Health Survey, Department of Health-Volusia, 1845 Holsonback Drive, Bin #126, Daytona Beach, FL 32117.