Encuesta de salud comunitaria del Sistema de Salud Hallmark

Gracias por completar la encuesta de salud comunitaria del Sistema de Salud Hallmark. Su aporte es muy valioso para nosotros a la hora de conocer a las personas que viven y trabajan en las comunidades en donde Hallmark ofrece sus servicios. Utilizaremos sus respuestas como ayuda para planificar programas futuros que mejor puedan satisfacer las necesidades de la comunidad.

Por favor conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Sus respuestas son anónimas, por lo tanto no incluya su nombre en esta encuesta. Completarla es voluntario. En caso de haber preguntas que usted no desee responder, puede dejarlas en blanco.

1) A) ¿En qué ciudad vive?

- ❑ Everett
- ❑ Lynnfield
- ❑ Malden
- ❑ Medford
- ❑ Melrose
- ❑ North Reading
- ❑ Reading
- ❑ Revere
- ❑ Saugus
- ❑ Stoneham
- ❑ Wakefield
- ❑ Winthrop
- ❑ Otra (cuál): _____

B) ¿En qué ciudad trabaja?

- ❑ Everett
- ❑ Lynnfield
- ❑ Malden
- ❑ Medford
- ❑ Melrose
- ❑ North Reading
- ❑ Reading
- ❑ Revere
- ❑ Saugus
- ❑ Stoneham
- ❑ Wakefield
- ❑ Winthrop
- ❑ Otra (cuál): _____

2) Especifique su género:

- ❑ Masculino
- ❑ Femenino
- ❑ Transgénero

3) ¿Cuál es su edad?

- ❑ 18 o menor
- ❑ 19-29
- ❑ 30-39
- ❑ 40-49
- ❑ 50-59
- ❑ 60-69
- ❑ 70-79
- ❑ 80 o mayor

4) ¿Cuál es su raza? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ Indoamericana/indígena americana
- ❑ Asiática/Pacífica
- ❑ Negra/Afroamericana
- ❑ Hispana/Latina
- ❑ Blanca
- ❑ Otra (por favor especifique): _____

5) ¿Qué idiomas habla principalmente en su hogar? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ Inglés
- ❑ Árabe
- ❑ Chino (de ser así, ¿qué dialecto?)
  - ❑ Cantonés
  - ❑ Mandarín
  - ❑ Otro dialecto chino (¿cuál?_____)
- ❑ Francés
- ❑ Criollo haitiano
- ❑ Italiano
- ❑ Portugués
- ❑ Español
- ❑ Vietnamita
- ❑ Otro (por favor especifique): _____

6) ¿En qué idioma prefiere recibir sus servicios de salud? ***Por favor marque uno.***

- ❑ Inglés
- ❑ Árabe
- ❑ Chino (de ser así, ¿qué dialecto?)
  - ❑ Cantonés
  - ❑ Mandarín
  - ❑ Otro dialecto chino (¿cuál?_____)
- ❑ Francés
- ❑ Criollo haitiano
- ❑ Italiano
- ❑ Portugués
- ❑ Español
- ❑ Vietnamita
- ❑ Otro (por favor especifique):_____

7) A) ¿Ha vivido en Estados Unidos toda la vida?

- ❑ Sí
- ❑ No

B) Si no lo ha hecho, ¿cuánto tiempo ha vivido en Estados Unidos?

- ❑ 1 año o más
- ❑ 2-5 años
- ❑ 6-10 años
- ❑ Más de 10 años

8) ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

- ❑ Menos de $10,000
- ❑ $10,000 a $19,999
- ❑ $20,000 a $29,999
- ❑ $30,000 a $39,999
- ❑ $40,000 a $49,999
- ❑ $50,000 a $59,999
- ❑ $60,000 a $79,999
- ❑ $80,000 a $99,999
- ❑ $100,000 o más

9) ¿Cuántas personas viven en su hogar (usted inclusive)?

_____ niños (0-18 años)
_____ adultos (19-64 años)
_____ ancianos (mayor de 65 años)

10) ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

- ❑ ***8º GRADO O MENOS***
- ❑ Escuela Secundaria
- ❑ Universitario o terciario
- ❑ Posgrado
- ❑ Otro (por favor especifique): _____

11) ¿Cuál es su situación laboral actual? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ Empleado/a full-time
- ❑ Empleado/a part-time
- ❑ Trabajador/a independiente
- ❑ Desempleado/a
- ❑ Jubilado/a
- ❑ Estudiante
- ❑ Otro (por favor especifique): _____

12) ¿Cómo calificaría su estado de salud en general?

- ❑ Excelente
- ❑ Muy bueno
- ❑ Bueno
- ❑ Aceptable
- ❑ Malo

13) A) ¿Cuenta con alguien que considera como su médico personal o proveedor de servicios de salud?

- ❑ Sí
- ❑ No
- ❑ No estoy seguro/a

B) De ser así, ¿dónde se atiende su salud primaria?

- ❑ Beth Israel Deaconess Medical Center
- ❑ Beverly Hospital
- ❑ Brigham and Women's Hospital
- ❑ Cambridge Health Alliance
- ❑ Harvard Vanguard Medical Associates
- ❑ Lahey Clinic Medical Center, Burlington
- ❑ Lahey Clinic Medical Center, North Shore
- ❑ Lawrence Memorial Hospital - Hallmark Health
- ❑ Lynn Community Health Center
- ❑ Massachusetts General Hospital
- ❑ Melrose-Wakefield Hospital- Hallmark Health
- ❑ Mount Auburn Hospital
- ❑ North Shore Community Health --Peabody Family Health Center
- ❑ Tufts Medical Center
- ❑ Winchester Hospital
- ❑ Otro (¿qué sistema de salud/clínica?)_____

14) ¿Cuándo fue la última vez que visitó un médico u otro proveedor de servicios de salud para un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen físico general, y no un examen por una lesión, enfermedad o condición específica.

- ❑ Hace menos de 1 año
- ❑ Hace 1-2 años
- ❑ Hace 3-4 años
- ❑ Hace 5 años o más
- ❑ Nunca
- ❑ No estoy seguro/a

15) A) ¿Ha tenido que ir a la sala de urgencias en el último año?

❑ Sí ❑ No

B) De ser así, ¿adónde concurrió? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ Beth Israel Deaconess Medical Center
- ❑ Beverly Hospital
- ❑ Boston Medical Center
- ❑ Brigham and Women's Hospital
- ❑ The Cambridge Hospital
- ❑ Lahey Clinic Medical Center, Burlington
- ❑ Lahey Clinic Medical Center, North Shore
- ❑ Lawrence Memorial Hospital- Hallmark Health
- ❑ Massachusetts General Hospital
- ❑ Melrose-Wakefield Hospital- Hallmark Health
- ❑ Mount Auburn Hospital
- ❑ Tufts Medical Center
- ❑ Whidden Memorial Hospital
- ❑ Winchester Hospital
- ❑ Otro (¿qué hospital?)_____

16) A) ¿Cuenta actualmente con algún seguro o cobertura de salud?

- ❑ Sí, y generalmente cubre mis necesidades de salud
- ❑ Sí, pero no cubre mis necesidades de salud
- ❑ No

B) Si su seguro de salud no cubre sus necesidades, ¿por qué no lo hace? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ El copago es muy alto
- ❑ El deducible es muy alto
- ❑ No cubre salud dental
- ❑ No cubre servicios de oftalmología
- ❑ No cubre servicios de prevención como mamografías y otros estudios
- ❑ Otro (por favor especifique): _____

17) A) ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en el que necesitó ver a un médico, enfermero u otro proveedor de salud pero no pudo hacerlo?

❑ Sí ❑ No

B) De ser así, ¿por qué no pudo ver a un médico, enfermero u otro proveedor de salud? ***Por favor marque todas las que correspondan.***

- ❑ El costo es muy alto
- ❑ No pude obtener una cita
- ❑ Por diferencias culturales con mi proveedor de salud
- ❑ El horario de atención del sitio no me resultaba conveniente
- ❑ Problemas lingüísticos
- ❑ No tengo seguro
- ❑ No pude llegar/por temas de transporte
- ❑ Estaba ocupado en el cuidado de niños y/u otros adultos
- ❑ Otros (por favor especifique): _____

18) En promedio, ¿cuántos días por semana usted hace ejercicio durante al menos 30 minutos?

❑ Ninguno ❑ 1-2 días ❑ 3-4 días ❑ 5 días o más

19) En promedio, ¿cada cuánto consume cada uno de los siguientes alimentos?

	Una vez por semana	2-4 veces por semana	Una vez por día	2-4 veces por día	5 veces por día o más
Frutas	❑	❑	❑	❑	❑
Verduras	❑	❑	❑	❑	❑
Productos integrales (como arroz integral o pan 100% integral)	❑	❑	❑	❑	❑

20) ¿Cuánto acuerda con la siguiente declaración?

	Totalmente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	En relativo desacuerdo	En total desacuerdo
Las opciones de alimentación saludable (incluyendo verduras y frutas frescas, productos integrales, etc.) en mi comunidad son accesibles.	❑	❑	❑	❑

21) Si usted tiene 50 años o más, ¿se ha realizado alguna colonoscopía en los últimos 10 años?

- ❑ Sí
- ❑ No
- ❑ No estoy seguro/a
- ❑ Soy menor de 50

22) ***Sólo para mujeres:***

A) ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolau?

- ❑ Nunca
- ❑ Hace 1 año o menos
- ❑ Hace 1-2 años
- ❑ Hace 3-5 años
- ❑ Hace más de 5 años

B) Si tiene 40 o más, ¿cuándo fue su última mamografía?

- ❑ Nunca
- ❑ Hace 1 año o menos
- ❑ Hace 1-2 años
- ❑ Hace 3-5 años
- ❑ Hace más de 5 años
- ❑ Soy menor de 40

23) ¿Alguna vez se le ha diagnosticado una de las siguientes condiciones? De ser así, marque todas las que corresponden:

- ❑ Asma
- ❑ Artritis
- ❑ Cáncer
- ❑ Depresión
- ❑ Diabetes
- ❑ Enfermedad cardíaca
- ❑ Hipertensión
- ❑ Colesterol alto
- ❑ Sobrepeso
- ❑ Otra condición crónica (por favor especifique): _____

24) ¿Consume tabaco?

- ❑ Sí
- ❑ Solía consumir pero lo dejé
- ❑ No, nunca lo he consumido

25) ¿Cuáles cree que son los problemas de salud más frecuentes en la comunidad en donde vive? Por favor elija los 3 principales.

- ❑ Asma
- ❑ Cáncer
- ❑ Diabetes
- ❑ Enfermedad cardíaca
- ❑ Enfermedad pulmonar
- ❑ Salud mental
- ❑ Obesidad
- ❑ Infarto
- ❑ Abuso de sustancias
- ❑ Violencia/violencia doméstica
- ❑ Otro (por favor especifique): _____

26) ¿Qué podría hacer Hallmark Health para ayudarlo/a a usted o a su familia a mejorar su salud?

27) ¿Quisiera agregar algo más sobre su salud y la de su familia o su comunidad, o acerca de Hallmark Health? ***(Por favor escriba en el reverso de la encuesta, si es necesario).***