



ENCUESTA COMUNITARIA DE SALUD DEL CONDADO DE BRONX 2019

Hay muchas áreas donde el sistema de salud puede hacer esfuerzos para mejorar la comunidad. Estamos interesados en escuchar su opinión sobre qué asuntos deben ser una prioridad en su comunidad y para su salud personal. Montefiore Health System y St. Barnabese Health System usarán los resultados para ayudar a mejorar los programas de salud. Por favor tome unos pocos minutos para llenar esta encuesta si tiene 18 años o más. Sus respuestas serán confidenciales.

Si prefiere tomar esta encuesta en línea, por favor siga este enlace: https://es.surveymonkey.com/r/BX_Salud2019

¡Gracias por su participación!

Las primeras preguntas son sobre las necesidades de salud de la COMUNIDAD DONDE USTED VIVE.

¿Cuáles son las TRES áreas que usted considera como temas de salud prioritarios en la COMUNIDAD DONDE VIVE?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resistencia a antibióticos e infecciones asociadas al cuidado de la salud | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Salud de niños y adolescentes | <input type="checkbox"/> Salud de recién nacidos y infantes |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de enfermedades crónicas y cuidado de condiciones como asma, diabetes, cáncer y enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Ambientes que promuevan el bienestar y estilos de vida activa | <input type="checkbox"/> Calidad del aire exterior |
| <input type="checkbox"/> Alimentación y nutrición | <input type="checkbox"/> Actividad física |
| <input type="checkbox"/> Seguridad alimenticia y químicos en productos de consumo | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Fumar, cigarrillos electrónicos, y humo de segunda mano |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Trastornos por uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Lesiones, como caídas, accidentes laborales, o accidentes de tráfico | <input type="checkbox"/> Vacunas/inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Salud materna y de la mujer | <input type="checkbox"/> Violencia |
| | <input type="checkbox"/> Calidad del agua |

¿Cuáles son las TRES acciones más útiles para mejorar la salud de la COMUNIDAD DONDE VIVE?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado dental | <input type="checkbox"/> Prevención de violencia doméstica/ apoyo para víctimas | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Acceso a la educación | <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo | <input type="checkbox"/> Transporte público |
| <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos más saludables | <input type="checkbox"/> Programas de ejercicio y pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de calidad y accesible |
| <input type="checkbox"/> Acceso al cuidado primario | <input type="checkbox"/> Inscripción en seguros de salud | <input type="checkbox"/> Lugares seguros para caminar y jugar |
| <input type="checkbox"/> Vivienda accesible | <input type="checkbox"/> Exámenes de salud | <input type="checkbox"/> Servicios para la población LGBTQ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo a la lactancia materna | <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado en el hogar | <input type="checkbox"/> Servicios para adultos mayores |
| <input type="checkbox"/> Apoyo del cuidador | <input type="checkbox"/> Servicio de ayuda al inmigrante | <input type="checkbox"/> Servicios para fumadores y tabaco |
| <input type="checkbox"/> Aire y agua limpios | <input type="checkbox"/> Mejoramiento de la igualdad racial | <input type="checkbox"/> Prevención de violencia |
| <input type="checkbox"/> Servicio y tratamiento para alcohol y drogas | | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Qué población cree usted que necesita mayor atención?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infantes | <input type="checkbox"/> Adolescentes | <input type="checkbox"/> Adultos mayores |
| <input type="checkbox"/> Niños jóvenes | <input type="checkbox"/> Jóvenes adultos | <input type="checkbox"/> Otro grupo específico _____ |
| <input type="checkbox"/> Niños en edad escolar | <input type="checkbox"/> Adultos de mediana edad | |

El resto de la encuesta es sobre USTED y SUS necesidades de salud

¿Cuáles son las TRES áreas que considera como temas de salud prioritarios para su salud?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resistencia a antibióticos e infecciones asociadas al cuidado de la salud | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Salud de niños y adolescentes | <input type="checkbox"/> Salud de recién nacidos y infantes |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de enfermedades crónicas y cuidado de condiciones como asma, diabetes, cáncer y enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Ambientes que promuevan el bienestar y estilos de vida activa. | <input type="checkbox"/> Calidad del aire exterior |
| <input type="checkbox"/> Alimentación y nutrición | <input type="checkbox"/> Actividad física |
| <input type="checkbox"/> Seguridad alimenticia y químicos en productos de consumo | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Fumar, cigarrillos electrónicos, y humo de segunda mano |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Trastornos por uso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Lesiones, como caídas, accidentes laborales, o accidentes de tráfico | <input type="checkbox"/> Vacunas/inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Salud materna y de la mujer | <input type="checkbox"/> Violencia |
| | <input type="checkbox"/> Calidad del agua |

Como considera su salud?		
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Muy Buena	<input type="checkbox"/> Normal	
¿Tiene a alguien que usted considere como su medico personal?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Algún doctor, enfermera u otro profesional de salud le ha dicho que padece de alguna de las siguientes enfermedades? (marque todas las que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> COPD, enfisema, o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón
<input type="checkbox"/> Cancer (excluyendo el cancer de piel)	<input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Cancer de piel	<input type="checkbox"/> Diabetes (excluyendo durante el embarazo)	
¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses cuando necesitó ver a un doctor pero no pudo a causa de los siguientes?		
Dinero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Transporte
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		No pudo hacer una cita
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Qué tipo de seguro usa para pagar a su doctor o las facturas del hospital (marque todas las que apliquen)?		
<input type="checkbox"/> Su empleador o el empleador de un familiar	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Seguro del Estado de Nueva York (Intercambio/Obamacare)	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud
	<input type="checkbox"/> Militar (TriCare o VA)	
	<input type="checkbox"/> COBRA	
Durante los últimos 30 días, se ha sentido emocionalmente molesto, por ejemplo, enojado, triste, o frustrado, como resultado de cómo fue tratado en base a los siguientes...		
Edad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Orientación sexual
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Identidad de género	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percepcion de estado migratorio
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Religión
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor recuerde que sus respuestas son confidenciales, El siguiente grupo de preguntas serán usadas para describir mejor quién responde a la encuesta y no serán examinadas individualmente.		
¿Cuál es su identidad de género?		
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer transgénero	<input type="checkbox"/> Género no listado (por favor declare): _____
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero	
<input type="checkbox"/> Género no binario/Género unconforme		
¿Cuál es su edad?		
<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> 75+
<input type="checkbox"/> 25-34	<input type="checkbox"/> 55-64	
<input type="checkbox"/> 35-44	<input type="checkbox"/> 65-74	
¿Cuál es su más alto grado de estudio o año de escuela que completó?		
<input type="checkbox"/> Menos que la secundaria	<input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela técnica	<input type="checkbox"/> Título profesional o avanzado
<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED	<input type="checkbox"/> Graduado de universidad	
¿Cuál es el Código postal donde usted vive actualmente?		

¿Usted es de origen Hispano o Latino?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál de las siguientes describe mejor su raza?		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multiracial
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro _____
¿Está usted actualmente?		
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Cuida del hogar	<input type="checkbox"/> No puede trabajar
<input type="checkbox"/> Auto empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Sin trabajo	<input type="checkbox"/> Jubilado	
¿Cuál es el lenguaje predominante que se habla en su casa?		
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Albanés
<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Mande	<input type="checkbox"/> Árábica
		<input type="checkbox"/> Otro _____