



Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad

1. ¿Cuál es tu código postal? _____

<input type="checkbox"/> 78501	<input type="checkbox"/> 78503	<input type="checkbox"/> 78504	<input type="checkbox"/> 78516	<input type="checkbox"/> 78537	<input type="checkbox"/> 78538	<input type="checkbox"/> 78539	<input type="checkbox"/> 78541
<input type="checkbox"/> 78542	<input type="checkbox"/> 78543	<input type="checkbox"/> 78549	<input type="checkbox"/> 78557	<input type="checkbox"/> 79558	<input type="checkbox"/> 78560	<input type="checkbox"/> 78562	<input type="checkbox"/> 78563
<input type="checkbox"/> 78565	<input type="checkbox"/> 78570	<input type="checkbox"/> 78572	<input type="checkbox"/> 78573	<input type="checkbox"/> 78576	<input type="checkbox"/> 78577	<input type="checkbox"/> 78579	<input type="checkbox"/> 78589
<input type="checkbox"/> 78589	<input type="checkbox"/> 78595	<input type="checkbox"/> 78596	<input type="checkbox"/> 78599	<input type="checkbox"/> other	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es tu género?

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Otro: _____
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

3. ¿Cuál es tu edad?

<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 25-34	<input type="checkbox"/> 35-44	<input type="checkbox"/> 55-64	<input type="checkbox"/> 65-74	<input type="checkbox"/> 75+
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

4. ¿Con qué grupo racial o étnico te identificas? (Marque solo 1.)

<input type="checkbox"/> Adulto con niños	<input type="checkbox"/> Adulto sin hijos	<input type="checkbox"/> cuidador
<input type="checkbox"/> LGBTQI	<input type="checkbox"/> Persona sin hogar	<input type="checkbox"/> Inmigrante
<input type="checkbox"/> Persona con discapacidad	<input type="checkbox"/> Refugiado/Solicitante de asilo	<input type="checkbox"/> Monoparental
<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Persona que vive con VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____

5. ¿En qué rango se encuentran los ingresos de su hogar?

<input type="checkbox"/> Menos de \$20,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,000	<input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999	<input type="checkbox"/> más de \$100,000
--	--	--	--	---

6. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

<input type="checkbox"/> Menos de un graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Grado asociado
<input type="checkbox"/> Actualmente matriculado en una escuela vocacional o universidad	<input type="checkbox"/> Título universitario o superior Otro	<input type="checkbox"/> Otro

Salud y Bienestar Comunitario

En esta encuesta, “comunidad” se define como las áreas donde usted trabaja, vive, aprende y/o juega..

1. En general, ¿cómo calificarías tu salud física?

<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Muy bien
----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

2. ¿Cómo calificarías tu salud mental, incluido su estado de ánimo, nivel de estrés y su capacidad de pensar?

<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Muy bien
----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

3. ¿Con qué frecuencia puede obtener los servicios que necesita para mantener su salud mental?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------

4. Mensualmente, ¿tiene suficiente dinero para pagar lo esencial como comida, ropa y vivienda?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------

5. Mensualmente, ¿tiene suficiente dinero para pagar los gastos de atención médica? (por ejemplo, facturas médicas, medicamentos, etc.)

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------

6. En tu comunidad, ¿las personas confían unas en otras y se cuidan unas a otras?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Siempre
--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------

7. En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría la salud de su comunidad?

(Peor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10(Mejor)

8. En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría su salud general en este momento?

(Peor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10(Mejor)

9. En una escala del 1 al 10, ¿dónde ve su salud general dentro de 5 años?

(Peor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10(Mejor)

10. ¿Cómo paga por su atención médica (incluidos medicamentos, tratamientos dentales y de salud)? (Marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Seguro médico adquirido por mi cuenta o por un familiar	<input type="checkbox"/> Seguro médico adquirido/proporcionado a través del empleador	<input type="checkbox"/> No utilizo servicios de atención médica.
<input type="checkbox"/> Medicaid/AHCCCS	<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado	<input type="checkbox"/> Viajar a un país diferente para pagar la atención médica.
<input type="checkbox"/> Utilice clínicas gratuitas	<input type="checkbox"/> Usar mi propio dinero (de mi bolsillo)	<input type="checkbox"/> Administración de veteranos

11. ¿Cuáles son las mayores barreras para acceder a la atención médica en su comunidad? (Marque hasta 3.)

<input type="checkbox"/> Cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Dificultad para encontrar el proveedor adecuado para mi atención.	<input type="checkbox"/> Distancia al proveedor
<input type="checkbox"/> Horarios de oficina incómodos	<input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro médico	<input type="checkbox"/> No hay suficiente cobertura de seguro médico
<input type="checkbox"/> Transporte a citas.	<input type="checkbox"/> Comprensión de las diferencias de idioma, cultura u orientación sexual.	<input type="checkbox"/> Otro

12. ¿Qué condiciones de salud tienen el mayor impacto en la salud y el bienestar general de su comunidad? (Marque hasta 5.)

<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/sustancias	<input type="checkbox"/> Anorexia/bulimia y otros trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Cánceres	<input type="checkbox"/> Estrés crónico	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer
<input type="checkbox"/> Problemas dentales (salud bucal)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias alimentarias/anafilaxia	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta o colesterol.	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco, incluido el vapeo	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, enfisema)
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidad	<input type="checkbox"/> Suicidio	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles con vacunas como la gripe, el sarampión y la tos ferina (tos ferina)		<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, bipolaridad, etc.)	

13. ¿Qué asuntos tienen el mayor impacto en la salud y el bienestar de su comunidad? (Marque hasta 5.)

<input type="checkbox"/> Bullying/presión de grupo	<input type="checkbox"/> Abuso/negligencia infantil	<input type="checkbox"/> Conducir distraído (como usar el teléfono celular, enviar mensajes de texto mientras se conduce)
<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Abandonar la escuela	<input type="checkbox"/> Abuso/negligencia de personas mayores
<input type="checkbox"/> Violencia relacionada con pandillas	<input type="checkbox"/> Lesiones relacionadas con armas de fuego	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Homicidio (asesinato)	<input type="checkbox"/> uso de drogas ilegales	<input type="checkbox"/> Acceso limitado a la atención sanitaria
<input type="checkbox"/> Falta de opciones asequibles de alimentos saludables.	<input type="checkbox"/> Falta de vivienda asequible	<input type="checkbox"/> Falta de uso de sillas de coche para niños y de cinturones de seguridad.
<input type="checkbox"/> Falta de buenos trabajos	<input type="checkbox"/> Falta de buenas escuelas	<input type="checkbox"/> Falta de personas inmunizadas para prevenir enfermedades
<input type="checkbox"/> Falta de transporte público	<input type="checkbox"/> Falta de cuidado infantil asequible y de calidad	<input type="checkbox"/> Falta de espacios seguros para hacer ejercicio y estar físicamente activo
<input type="checkbox"/> Falta de redes de apoyo como vecinos, amigos y	<input type="checkbox"/> Lugares limitados para comprar alimentos.	<input type="checkbox"/> Lesiones por accidentes de vehículos de motor y motocicletas

familiares.		
<input type="checkbox"/> Racismo/discriminación	<input type="checkbox"/> Violación/agresión sexual	<input type="checkbox"/> Fumar/usar cigarrillos electrónicos o vapear
<input type="checkbox"/> Suicidio	<input type="checkbox"/> embarazo adolescente	<input type="checkbox"/> Condiciones de trabajo inseguras

14. ¿Aproximadamente cuánto tiempo le tomaría llegar en automóvil desde su casa al hospital más cercano?

<input type="checkbox"/> 1 min - 5 mins	<input type="checkbox"/> 5 mins - 15 mins	<input type="checkbox"/> 15 mins - 30 mins	<input type="checkbox"/> 30- 1hr	<input type="checkbox"/> 1+ hrs
---	---	--	----------------------------------	---------------------------------

15. ¿Ha decidido no utilizar servicios médicos en los últimos 12 meses debido a los altos costos de bolsillo (personales)?

Si No

16. ¿De dónde obtuvo su información de salud durante la pandemia? Elige los tres mejores lugares que usaste.

<input type="checkbox"/> Centros para el Control de Enfermedades (CDC)	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Estado de Texas	<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios y de Salud del Condado de Hidalgo (departamento de salud pública local)
<input type="checkbox"/> Mi doctor	<input type="checkbox"/> Mi iglesia/grupo religioso	<input type="checkbox"/> Un miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Un amigo	<input type="checkbox"/> Redes sociales (Instagram, Facebook, Tik Tok)	<input type="checkbox"/> Noticias de televisión regionales y/o nacionales (CNN, Fox News, MSNBC)
<input type="checkbox"/> Noticias nacionales (New York Times, Atlantic, Washington Post)	<input type="checkbox"/> Blog o boletín en línea	

17. ¿Dónde obtiene su información de salud ahora? Elige tres lugares que utilices actualmente.

<input type="checkbox"/> Centros para el Control de Enfermedades (CDC)	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Estado de Texas	<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios y de Salud del Condado de Hidalgo (departamento de salud pública local)
<input type="checkbox"/> Mi doctor	<input type="checkbox"/> Mi iglesia/grupo religioso	<input type="checkbox"/> Un miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Un amigo	<input type="checkbox"/> Redes sociales (Instagram, Facebook, Tik Tok)	<input type="checkbox"/> Noticias de televisión regionales y/o nacionales (CNN, Fox News, MSNBC)
<input type="checkbox"/> Noticias nacionales (New York Times, Atlantic, Washington Post)	<input type="checkbox"/> Blog o boletín en línea	

Acceso y función

1. ¿Ha considerado prepararse para un desastre?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

2. ¿Tiene seguro de propietarios o inquilinos para su residencia?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

3. ¿Tiene seguro contra inundaciones?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

4. ¿Qué ha hecho para prepararse para un desastre o emergencia durante el último año? (seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Ensamblar o actualizar suministros	<input type="checkbox"/> Documentar y asegurar la propiedad	<input type="checkbox"/> Involúcrate en tu comunidad
<input type="checkbox"/> Conozca las rutas de evacuación	<input type="checkbox"/> Hacer un plan	<input type="checkbox"/> Haga su hogar más seguro
<input type="checkbox"/> Planificar con los vecinos	<input type="checkbox"/> Practique simulacros o hábitos de emergencia	<input type="checkbox"/> Documentos de salvaguardia
<input type="checkbox"/> Ahorre para un día lluvioso	<input type="checkbox"/> Regístrese para recibir alertas y advertencias	<input type="checkbox"/> Pruebe el plan de comunicación familiar

5. Seleccione todas las razones que le impedirían evacuar durante un desastre

<input type="checkbox"/> Discapacitado (cognitivo y/o físico)	<input type="checkbox"/> Sordo/con problemas de audición	<input type="checkbox"/> Ciego	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Estado de inmigración	<input type="checkbox"/> Barrera del idioma	<input type="checkbox"/> Mascotas/ Ganado
<input type="checkbox"/> No quiero salir de mi casa/ Miedo a los saqueadores		<input type="checkbox"/> No hay ninguna razón para que NO evacue	

6. Al pensar en prepararse para un desastre, ¿cuál de las siguientes opciones representa mejor su grado de preparación? (elegir uno)

<input type="checkbox"/> NO estoy preparado, pero tengo la intención de prepararme en los próximos seis meses.	<input type="checkbox"/> NO estoy preparado, pero tengo la intención de empezar a prepararme el próximo año.	<input type="checkbox"/> NO estoy preparado, y no tengo la intención de prepararme en el próximo año.
<input type="checkbox"/> Llevo MÁS de un año preparado y sigo preparándome	<input type="checkbox"/> He estado preparado por MENOS de un año.	<input type="checkbox"/> No lo sé

7. ¿Tienes un perro o un gato viviendo en tu casa?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

a. En caso afirmativo, ¿su perro/gato está tomando medicamentos preventivos contra pulgas/garrapatas?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------