Sondeo de Opinión sobre Salud Comunitaria 2019 del Hospital Oroville

Gracias por aceptar participar con nuestra encuesta. Una vez completada esta encuesta, tendremos una idea más clara de la comunidad a la que servimos, y los problemas en materia de salud más importantes para residentes como usted. La información recopilada se usará para elaborar e implementar un plan de acción, dirigido a tratar dicha problemática, y hacer de Oroville y las comunidades circundantes un lugar más saludable y ameno llamado hogar.

Esta encuesta es de carácter **anónimo**, le garantizamos que las respuestas son estrictamente **confidenciales**. Si no desea responder a cualquiera de las preguntas o alguna de ellas no aplica para usted, puede dejarla sin contestar. Le tomará de 5 a 10 minutos completar la información solicitada.

## SECCIÓN 1: En Relación con Usted y su Familia

|  |
| --- |
| Marque las casillas que mejor se aplican a usted, su cónyuge o pareja, y/o su hijo(a) |
|  |  |  |  |
| POR FAVOR DESCRIBA SU ESTATURA Y PESO |
| 1. ¿Cuánto mide aproximadamente (sin zapatos)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  ¿Cuánto pesa aproximadamente (sin zapatos)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Cómo usted clasificaría su género o identidad?

 Masculino Femenino  Transgénero masculino (nació como mujer, pero se identifica como hombre)  Transgénero femenino (nació como hombre, pero se identifica como mujer)Si su identidad no está indicada arriba, por favor identifique su identidad aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Cuál es el código postal de su casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Su edad:

 25 o menos 26-39 40-45 55-64 65 o más1. ¿Cuál es su raza?

 Blanco Negro, Afro-Americano Indio Americano/ Nativo de Alaska Hispano/Latino Hmong Asiático Múltiple Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hawaiano Nativo/Otra Isla del Pacífico1. ¿Cuál es su estado civil?

 Soltero/Nunca me casé Casado Divorciado Pareja no casada Separado Viudo Sin respuesta1. *¿Cuál es su situación laboral actual?*

 Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado Trabajador independiente Incapacitado1. ¿Tiene uno o varios niños menores de 18 años?

 **Sí** No En caso afirmativo, ¿en qué tipo de escuela está matriculado su hijo(s)? Pública Con Base Religiosa Autónoma Educación en casa Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

 Primaria Secundaria Preparatoria Parte de la Universidad Grado de Asociado Licenciatura Posgrado Escuela Técnica/ Comercial Aprendizaje de Sindicato Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Cuál es su ingreso anual antes de impuestos?

 Menor a $30,000 $30,000-$60,000 $60,001-$90,000 $90,001-$120,000 Mayor a $120,000 No estoy seguro Sin respuesta1. ¿Cómo describiría el estado general de salud de cada miembro de su familia?

**Usted:** Muy bien Buena Regular Mala No estoy seguro**Cónyuge o pareja:** Muy bien Buena Regular Mala No estoy seguro**Hijo(s):** Muy bien Buena Regular Mala No estoy seguro1. En promedio ¿cuántos días a la semana hace por lo menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física?

(ejemplos: caminar, correr, levantamiento de pesas, deportes en equipo o jardinería)**Usted:** 5-7 días 3-4 días 1-2 días Sólo de Vez en Cuando Nunca**Cónyuge o pareja:** 5-7 días 3-4 días 1-2 días Solamente de vez en cuando Nunca**Hijo(s):** 5-7 días 3-4 días 1-2 días Solamente de vez en cuando Nunca1. ¿Qué obstáculos le impiden hacer ejercicio con regularidad?

 No tengo suficiente tiempo durante el día  No estoy lo suficientemente sano para hacer ejercicio No sé cómo hacer ejercicio adecuadamente Es difícil permanecer motivado No sé adónde ir para hacer ejercicio No estoy seguro/a1. ¿Consume o ha consumido alguno de los siguientes estupefacientes?

 Marque cada casilla que corresponda:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Todos los días | Casi todos los días | Esporádicamente | Consumí en el pasado | Nunca |
| Alcohol |  |  |  |  |  |
| Cigarrillos |  |  |  |  |  |
| Cigarrillos electrónicos |  |  |  |  |  |
| Masticar Tabaco |  |  |  |  |  |
| Cocaína |  |  |  |  |  |
| Cristal metanfetamina (Meth) |  |  |  |  |  |
| Heroína |  |  |  |  |  |
| Marijuana |  |  |  |  |  |
| Medicamentos sin recetas |  |  |  |  |  |

 1. Si es fumador o fumaba antes ¿Está usted al tanto del programa para dejar de fumar del Hospital Oroville?

 Sí No  ¿Está interesado en vincularse a nuestro programa? Sí No Quizás Actualmente inscrito o lo estuvo anteriormenteSECCI*Ó*N 2: En Relación con *Su Salud y Atención Médica*1. ¿Tiene un Médico de Atención Primaria (MAP)?

**Usted:** Sí No Sí, pero no lo veo con regularidad**Cónyuge o pareja:** Sí No Sí, pero no lo veo con regularidad**Hijo(s):** Sí No Sí, pero no lo veo con regularidad1. Si su respuesta es “Sí”, sírvase indicar el nombre de su médico:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1. Si usted no ve a un proveedor primario de salud con regularidad, por favor díganos por qué no lo hace

 No sé cómo encontrar a un buen médico Barreras de idioma, raciales o culturales Me siento incómodo con los médicos Falta de transporte Mi médico tiene horarios poco convenientes Es demasiado caro No he podido acudir a mi médico, debido a los Incendios Forestales Otra razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Qué otros tipos de profesionales de atención de salud visita usted con regularidad?

Marque los casilleros correspondientes.**Usted:** Médico especialista Dentista Oftalmólogo Profesional en salud mental Enfermera de atención en el hogar  Sanador espiritual Sanación alternativa (por ejemplo: Quiropráctico) Otra razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cónyuge o pareja:** Médico especialista Dentista Oftalmólogo Profesional en salud mental Enfermera de atención en el hogar  Sanador espiritual Sanación alternativa (por ejemplo: Quiropráctico) Otra razón : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hijo(s):** Médico especialista Dentista Oftalmólogo Profesional en salud mental Enfermera de atención en el hogar  Sanador espiritual Sanación alternativa (por ejemplo: Quiropráctico) Otra razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿En dónde reciben usted y los miembros de su familia sus servicios de atención de salud de rutina?

**Usted:** Consultorio Médico Atención de urgencia/inmediata Sala de emergencia Clínica gratuita o de bajo costo  Clínica basada en la escuela Albergue para personas sin hogar  Sin atención de salud de rutina Centro de Salud Tribal  Sin atención de salud de rutina**Cónyuge o pareja:** Consultorio Médico Atención de urgencia/inmediata Sala de emergencia Clínica gratuita o de bajo costo  Clínica basada en la escuela Albergue para personas sin hogar  Sin atención de salud de rutina Centro de Salud Tribal  Sin atención de salud de rutina**Hijo(s):** Consultorio Médico Atención de urgencia/inmediata Sala de emergencia Clínica gratuita o de bajo costo  Clínica basada en la escuela Albergue para personas sin hogar  Sin atención de salud de rutina Centro de Salud Tribal  Sin atención de salud de rutina1. ¿Ha tenido cobertura de seguro médico durante todo, una parte o ninguna parte del año pasado?

**Usted:** Todo el año Una parte del año Ningún seguro en todo el año**Cónyuge o pareja:** Todo el año Una parte del año Ningún seguro en todo el año**Hijo(s):** Todo el año Una parte del año Ningún seguro en todo el año1. Actualmente, ¿cuál es su principal tipo de cobertura de atención de salud?

**Usted:** Plan patrocinado por el empleador Seguro privado  Medicare Medi-Cal Ningún seguro de atención de salud  No estoy seguro/a**Cónyuge o pareja:** Plan patrocinado por el empleador Seguro privado  Medicare Medi-Cal Ningún seguro de atención de salud  No estoy seguro/a**Hijo(s):** Plan patrocinado por el empleador Seguro privado  Medicare Medi-Cal Ningún seguro de atención de salud  No estoy seguro/a1. ¿A qué hospital va usted generalmente para recibir atención?

 Oroville Hospital Enloe Medical Center Orchard Hospital Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*PARA MUJERES MAYORES DE 21 AÑOS*:1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último Papanicolaou (un examen para la detección de cáncer cervical)?

 Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy segura N/A*PARA MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS*:1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última mamografía (un examen para la detección de cáncer de mama)?

 Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy segura N/A*PARA HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS*:1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último examen rectal (un examen utilizado para examinar la próstata)?

 Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy seguro N/A1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que le hicieron un análisis de sangre para detectar cáncer de la próstata?

 Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy segura N/A*PARA HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS:*1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última colonoscopía (un examen para la detección de cáncer del colon)?

 Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy segura N/A ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última sigmoidoscopía (un examen para la detección de cáncer del colon)? Dentro de 1 año Dentro de 2 años Dentro de 3 años Dentro de 4 años 5 años o más Nunca No estoy segura N/APARA TODOS:1. ¿Ha pensado en el suicidio?

 Sí No No estoy seguro/a1. ¿Tiene usted un plan de atención anticipado, testamento en vida o un poder para la atención de salud?

**Usted:** Sí No No estoy seguro N/A**Cónyuge o pareja:** Sí No No estoy seguro N/A **Hijo(s):** Sí No No estoy seguro N/A1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico o profesional de atención de salud que usted tiene algunas de las

siguientes condiciones, enfermedades o problemas?**Usted:** Asma Cáncer Diabetes  Enfermedad del corazón Abuso de sustancias Sobrepeso/Obesidad Trastorno alimenticio Trastorno genético Defecto Congénito Afección Mental/Emocional (incluida Depresión) Problemas de desarrollo/aprendizaje (incluido Autismo) Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N/A**Cónyuge o pareja:** Asma Cáncer Diabetes  Enfermedad del corazón Abuso de sustancias Sobrepeso/Obesidad Trastorno alimenticio Trastorno genético Defecto Congénito Afección Mental/Emocional (incluida Depresión) Problemas de desarrollo/aprendizaje (incluido Autismo) Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N/A**Hijo(s):**  Asma Cáncer Diabetes  Enfermedad del corazón Abuso de sustancias Sobrepeso/Obesidad Trastorno alimenticio Trastorno genético Defecto Congénito Afección Mental/Emocional (incluida Depresión) Problemas de desarrollo/aprendizaje (incluido Autismo) Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N/A1. ¿Durante el año pasado, que tipo de servicios de salud mental usted o alguien en su familia utilizó?

Por favor marque todas las que apliquen: Terapia/consejería Hospitalización Tratamiento residencial Mantenimiento de medicina psiquiátrica  Tratamiento de crisis/servicios de emergencia de salud mental  Clínica de Salud Mental/Conductual  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si precisa servicios de cuidado médico, pero no tiene acceso a ellos, sírvase explicar por qué:­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Considera que tiene el debido acceso a servicios médicos de calidad?

 Siempre Con frecuencia Algunas Veces Ocasionalmente Nunca Si considera que no tiene el debido acceso, ¿cuál es el problema más grave? *Por favor indique su preferencia de selección, siendo 1 su primera elección, 2 para su segunda elección, y un 3 para su tercera elección.*­­­­\_\_ Medio de transporte \_\_ Gastos \_\_ Tiempo de espera prolongado\_\_ Barreras culturales/lingüísticas \_\_ Carencia de médicos especialistas  \_\_ Seguro médico insuficiente o sin cobertura alguna \_\_ Médicos que no están aceptando pacientes nuevos \_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿De donde recibe la información sobre los servicios de salud local?

Marque todas las opciones que correspondan: A través del correo y folletos Por internet Redes sociales Anuncios en la televisión Anuncios en la radio  Anuncios impresos (por ejemplo: periódicos, Fuentes Modernas de Información)1. ¿Cómo prefiere acceder a su información de salud personal? (marque todos los que se apliquen)

 Por correo tradicional Correo Electrónico Llamadas telefónicas Mensajes de TextoSECCI*Ó*N 3: Entorno Social y Comunitario1. ¿Alguien ha hecho que sienta miedo por su seguridad personal o lo ha lastimado físicamente?

 Sí No No estoy seguro/a En caso afirmativo, ¿qué parentesco tiene esta persona (o personas) con usted?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Con qué frecuencia padece de estrés involuntario?

 Continuamente Con frecuencia Algunas veces Casi nunca Nunca1. ¿Cuán satisfecho está con el sistema educativo de Oroville?

 Muy satisfecho Satisfecho Neutral  Insatisfecho Muy insatisfechoSi por alguna razón no está satisfecho, déjenos saber ¿en qué podríamos mejorar?*Por favor indique su preferencia de selección, siendo 1 su primera elección, 2 para su segunda elección, y un 3 para su tercera elección.*\_\_ Programa de estudios \_\_ Programa de desayunos/almuerzos \_\_ Actividades no académicas\_\_ Programas fuera del horario escolar \_\_ Personal docente \_\_ Seguridad\_\_ Infraestructura (ejemplo: aulas de clase y patios de recreo) \_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Considera que Oroville y las comunidades circundantes disponen de suficientes actividades extraescolares?

 Siempre Usualmente Algunas veces Casi nunca NuncaSi por alguna razón no está satisfecho, déjenos saber cómo podemos mejorar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por favor seleccione sus TRES PRINCIPALES respuestas para cada una de las siguientes:1. Los factores más importantes para una «Comunidad Saludable»

 Poca delincuencia/vecindarios seguros Buenas escuelas Acceso a atención de salud asequible Muchos parques y oportunidades recreativas Vivienda asequible Economía fuerte/buenos empleos Comportamientos y estilos de vida saludables Entorno limpio Acceso a alimentos frescos/naturales asequibles Acceso a servicios de salud mental Acceso a programas/apoyo para el abuso de sustancias Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Principales necesidades que afectan la «Salud de los Niños» Acceso a vacunas Acceso a servicios de atención de salud Acceso a servicios de salud mental Acceso a alimentos frescos/naturales asequibles Programas asequibles para un estilo de vida saludable Seguro médico asequible Servicios asequibles para necesidades especiales Mejores programas de almuerzos escolares Mejores opciones para el cuidado de los niños/guarderías Acceso a exámenes de salud gratuitos Falta de actividad física Lugares seguros para jugar Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Principales «Problemas de Salud» a los que se enfrenta nuestra comunidad  Cáncer Diabetes Enfermedad del corazón/Presión arterial alta Accidente cerebrovascular Obesidad Problemas de salud mental Enfermedad respiratoria/ Higiene dental  Enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)  Enfermedad de los pulmones  Suicidio Embarazo de adolescentes  Enfermedades infecciosas Escasez de Médicos de Atención Primaria(por ejemplo: Hepatitis, Tuberculosis) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Principales desafíos de «Comportamientos Peligrosos» a los que se enfrenta nuestra comunidad Abuso de bebidas alcohólicas Abuso de drogas Conducir bajo la influencia de sustancias Abuso/negligencia infantil Falta de ejercicio Uso del tabaco/humo de segunda mano Malos hábitos alimenticios Deserción escolar No usar casco No usar cinturón de seguridad Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SECCIÓN 4: El Vecindario y las Zonas Construidas1. ¿Considera que tiene el debido acceso a una alimentación sana a precio asequible?

 Siempre Con frecuencia Algunas veces Casi nunca NuncaSi considera que no tiene el debido acceso, ¿Por qué no?*Por favor indique su preferencia de selección, siendo 1 su primera elección, 2 para su segunda elección, y un 3 para su tercera elección.*\_\_ Demasiado costosa \_\_ No dispone de transporte \_\_ No está disponible en supermercados\_\_ No dispone de tiempo suficiente para comprar \_\_No sabe que comprar \_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Está usted satisfecho con su situación actual en relativo a donde vive (domicilio)?

 Sí NoSi la respuesta es No, ¿Por qué? *Por favor indique su preferencia de selección, siendo 1 su primera elección, 2 para su segunda elección, y un 3 para su tercera elección.*\_\_ Mi domicilio es muy pequeño \_\_ Es muy costoso \_\_ Muchas personas viven en el mismo domicilio \_\_ Problemas con los vecinos\_\_ Es muy lejos de la ciudad y los servicios que necesito \_\_ El domicilio está en malas condiciones y no es saludable \_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. ¿Se vió obligado a desplazarse por causa de los recientes Incendios Forestales?

 Sí No Temporariamente 1. ¿Qué recursos cree usted que necesitan los residentes del Condado Butte después de los Incendios Forestales?

*Por favor indique su preferencia de selección, siendo 1 su primera elección, 2 para su segunda elección, y un 3 para su tercera elección.*\_\_ Viviendas \_\_ Cuidados médicos \_\_ Respaldo emocional\_\_ Empleos \_\_ Escuelas \_\_ Recursos destinados a la reconstrucción\_\_ Otros: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. ¿Se siente seguro en el entorno actual en que vive?

 Siempre Con frecuencia Algunas veces Casi nunca Nunca1. ¿Qué cambios le gustaría que se llevaran a cabo, con el fin de mejorar el vecindario en donde vive?

 Mejores carreteras Un mejor alumbrado Mejores parques/lugares de esparcimiento Construir más aceras Incrementar la seguridad Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. ¿Dónde se enteró de esta encuesta?

 En el hospital En mi iglesia En una feria de salud  Por un amigo En línea Por mi médico En una reunión comunitaria En el trabajo En una tienda de venta al por menor Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿HAY ALGO QUE HAYAMOS PASADO POR ALTO?No dude en anotar información adicional que a usted le parece que deberíamos conocer acerca de la salud de nuestra comunidad.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¡Muchas gracias por su tiempo!Sus respuestas anónimas serán utilizadas por Oroville Hospital para atender mejor las necesidades de salud de los residentes de nuestra comunidad.  |
|  |