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 más   1. ¿Cuál es su raza?   Blanco Negro, Afro-Americano Indio Americano/ Nativo de Alaska  Hispano/Latino Hmong Asiático  Múltiple Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hawaiano Nativo/Otra Isla del Pacífico   1. ¿Cuál es su estado civil?   Soltero/Nunca me casé Casado Divorciado  Pareja no casada Separado Viudo  Sin respuesta   1. *¿Cuál es su situación laboral actual?*   Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado  Jubilado Trabajador independiente Incapacitado   1. ¿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 respuesta   1. ¿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 seguro   1. 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 Nunca   1. ¿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/a   1. ¿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 anteriormente SECCI*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 regularidad   1. 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 rutina   1. ¿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 año   1. 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/a   1. ¿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/A   1. ¿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/A  PARA TODOS:   1. ¿Ha pensado en el suicidio?   Sí No No estoy seguro/a   1. ¿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/A   1. ¿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/A   1. ¿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 Texto SECCI*Ó*N 3: Entorno Social y Comunitario  1. ¿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 Nunca   1. ¿Cuán satisfecho está con el sistema educativo de Oroville?   Muy satisfecho Satisfecho Neutral  Insatisfecho Muy insatisfecho  Si 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 Nunca  Si 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 Construidas  1. ¿Considera que tiene el debido acceso a una alimentación sana a precio asequible?   Siempre Con frecuencia Algunas veces Casi nunca Nunca  Si 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 No  Si 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 Nunca   1. ¿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. | | | | |
|  | | | | |