

Dodge Jefferson en Sociedad para una Comunidad más Saludable

Encuesta de evaluación sobre necesidades de Salud en la Comunidad

Estamos llevando a cabo una encuesta de salud de la comunidad muy corta - sólo 30 preguntas. Como residente del Condado del área Dodge o Jefferson, agradeceríamos en gran medida sus ideas sobre las necesidades de salud de nuestra comunidad, así que por favor tome unos minutos ahora y conteste la siguiente encuesta anónima. Sus respuestas serán confidenciales. Todos los resultados serán compilados por Stratasan, nuestro compañero de evaluación sobre las necesidades de salud en la comunidad. El enfoque de la evaluación sobre las necesidades de salud de la comunidad es principalmente el Condado de Dodge y el Condado de Jefferson.

La Salud de su Comunidad

1. ¿Cuáles son los 3 principales temas en su comunidad que mayor impactan la salud de las personas? (Seleccione hasta 3)

- Obtener servicios de salud
- Obtener servicios de salud dental
- Obtener servicios de salud mental y de conducta
- Abuso y violencia
- Vivienda asequible
- Educación
- Envejecimiento de la población/ servicios para personas mayores
- Trabajos/empleo
- Barreras del lenguaje
- Barreras raciales
- Transporte
- Vecindarios seguros
- Aire limpio y agua
- Estrés
- Pobreza / Bajos Ingresos
- El tomar más responsabilidad de su propio estilo de vida / salud
- Fumar / tabaco
- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas
- Embarazo en adolescente
- Servicios y programas de estilo de vida saludables asequibles
- Obtención de alimentos saludables
- Cocinar alimentos saludables
- Lugares seguros / asequible para ejercitarse
- Parques seguros
- Rutas de senderismo / bicicleta y senderos
- No sabe
- Otros (por favor especifique)

2. En su opinión, ¿cuáles son las 3 principales preocupaciones de salud para los niños (0-18 años de edad) en su comunidad?

(Seleccione hasta 3)

- Actividad física
- Dieta saludable
- La obesidad / sobrepeso
- Programas de almuerzo escolar
- Educación para la salud de los niños
- Guardería/Cuidado de niños
- Comportamiento sexual responsable
- Obtener cuidados de salud
- Salud mental
- Salud dental
- Crianza de los hijos
- Abuso de drogas
- Inmunizaciones / vacunas
- Acoso
- No lo sé
- Otros (por favor especifique)

3. En su opinión, ¿cuáles son los 3 principales factores que influyen en el estado de salud de alguien?

(Seleccione hasta 3)

- Las buenas prácticas de salud (por ejemplo, comer alimentos saludables, hacer ejercicio todos los días)
- Evitar las prácticas de mala salud (por ejemplo, fumar / tabaco, beber, la falta de ejercicio)
- Ir al médico
- Factores psicológicos (Por ejemplo, la actitud positiva ante la vida, "cómodo en su propia piel")
- Asumir la responsabilidad de su propia salud / estilo de vida
- Historial de salud familiar
- Edad
- Seguro médico y dental
- Tener suficiente dinero
- Prácticas de salud religiosas o espirituales
- Educación
- Obtención de inmunizaciones / vacunas
- No sabe
- Otros (por favor especifique)

4. ¿Qué cuidados de la salud, educación para la salud o programas y servicios de salud pública le gustaría que se ofrecieran en su comunidad? (Seleccione todas las que correspondan)

- Ninguno / tenemos todo lo que necesitamos
- Recursos de cuidado de salud para las personas sin seguro o pobre
- Recursos de ejercicio
- Servicios de salud adicionales
- Educación de Nutrición / dieta
- Programas de bienestar
- Educación de salud para las condiciones crónicas: diabetes, hipertensión,
- Enfermedades del corazón, artritis, asma, etc.
- Servicios para Personas Mayores
- Servicios de crianza de los hijos
- Seguro asequible
- Servicios de salud mental
- Servicios por abuso de drogas
- No lo sé
- Otros (por favor especifique)

Acerca de su Salud

Sus respuestas a estas preguntas serán utilizadas por nuestros hospitales locales, departamentos de salud pública y otras organizaciones de la comunidad a servir mejor a las necesidades de los residentes de nuestra comunidad.

5. En general, ¿cómo describiría su salud?

- Excelente Buena Regular Mala

6. Si usted tiene una persona o grupo a donde se dirige para el cuidado de necesidades básicas de salud, ¿a dónde va con más frecuencia? (Seleccione todas las que correspondan)

- Mi doctor
- Hospital (incluyendo la sala de emergencias)
- Departamento de Salud
- Centro de atención urgente
- Clínica gratuita o de ingreso bajo
- Farmacia
- Enfermera de la escuela
- Otros proveedores de atención médica (quiropáticos, etc.)
- Amigo o familiar
- Administración de Veteranos (VA)
- Yo no tengo un proveedor de atención médica
- Otros (por favor especifique)

7. ¿Hubo una vez en los últimos 12 meses cuando usted necesitó ver a un médico, pero no pudo?

- Sí No

(Si no, pase la pregunta #8)

8. ¿Por qué no pudiste ver a un médico? (Seleccione todas las que correspondan)

- No me siento cómodo con cualquier médico
- Idioma / barreras raciales / culturales
- La falta de transporte
- No saber cómo encontrar un buen médico
- La falta de un médico tomando nuevos pacientes
- Horario de oficina inconvenientes
- Servicio específico que necesitaba no estaba disponible localmente
- La falta de dinero / seguro para la visita al consultorio
- El clima era demasiado malo
- Yo estaba demasiado enfermo
- El doctor no estaba disponible
- No tengo un proveedor de atención médica
- Otros (por favor especifique)

9. ¿Hubo una vez en los últimos 12 meses cuando usted necesitó ver a un dentista, pero no pudo?

- Sí No

(Si no, pase la pregunta #10)

10. ¿Por qué no pudiste ver a un dentista? (Seleccione todas las que correspondan)

- No me siento cómodo con cualquier dentista
- Idioma / barreras raciales / culturales
- La falta de transporte
- No saber cómo encontrar un buen dentista
- La falta de un dentista tomando nuevos pacientes
- Horario de oficina inconvenientes
- El Servicio que necesitaba no estaba disponible localmente
- La falta de dinero / seguro para la visita al consultorio
- El clima era demasiado malo
- Yo estaba demasiado enfermo
- Dentista no disponible
- No tengo un dentista
- Otros (por favor especifique)

11. ¿Hubo un tiempo en los últimos 12 meses cuando usted necesitó consultar a un profesional de salud mental, pero no pudo?

- Sí No

(Si no, pase la pregunta #12)

12. ¿Por qué no pudiste ver a un profesional de la salud mental?
(Seleccione todas las que correspondan)

- No me siento cómodo con cualquier proveedor de salud mental
- Idioma / barreras raciales / culturales
- La falta de transporte
- No saber cómo encontrar un buen terapeuta / psiquiatra, etc.
- La falta de un proveedor de salud mental tomando nuevos pacientes
- Horario de oficina inconveniente
- Servicio específico que necesitaba no estaba disponible localmente
- La falta de dinero / seguro para la visita al consultorio
- El clima era demasiado malo
- Yo estaba demasiado enfermo
- Proveedor no disponible
- No tengo un proveedor de atención médica

13. ¿Hubo una vez en los últimos 12 meses cuando usted necesitó medicamentos, pero no pudo conseguirlos?

- Sí No

(Si no, pase la pregunta #14)

14. ¿Cuáles son algunas de las razones por las cuales no podía conseguir los medicamentos necesarios?

(Seleccione todas las que correspondan)

- No pude obtener una receta del médico
- Idioma / barreras raciales / culturales
- La falta de transporte a la farmacia
- No sabe cómo encontrar una buena farmacia
- Horario inconveniente de la farmacia
- Otros (por favor especifique)

15. En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación:

El abuso de drogas es un problema en nuestra comunidad.

- Totalmente de acuerdo Algo de acuerdo Neutral
 Algo en desacuerdo Muy en desacuerdo

16. ¿Sería capaz de dirigir a alguien para acceder a un tratamiento de drogas o alcohol en la comunidad?

- Sí No

Las Necesidades de salud

17. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene alguna de estas condiciones de salud, enfermedades o desafíos?

(Seleccione todas las que correspondan)

- Asma
- Cáncer
- Aprendizaje o preocupaciones de desarrollo
- Diabetes
- Presión arterial alta / hipertensión
- Enfermedad pulmonar
- Colesterol alto
- Artritis
- Desorden alimenticio
- Enfermedad del corazón
- Problema mental o emocional
- Sobrepeso u obesidad
- Abuso de sustancias
- Ninguna
- Otros (por favor especifique)

18. ¿Usted siente que tiene lo que necesita para controlar sus enfermedades de salud?

- Sí No

(En caso afirmativo, pase la pregunta # 19)

19. Si no es así, ¿Qué se necesita con el fin de controlar sus enfermedades de salud?

(Seleccione todas las que correspondan)

- Más información / educación sobre mis condiciones
- Asistencia financiera para visitas al médico / suministros médicos
- Seguro
- Un mejor sistema de apoyo
- Más médicos
- Más opciones para los horarios de citas
- Transportación hacia el médico o clínica
- Otros (por favor especifique)

Demografía

20. ¿Cuál es su género?

- Hombre Mujer

21. ¿Cuál de los siguientes rangos incluye su edad?

- 18 a 24
 25 a 34
 35 a 44
 45 a 54
 55 a 64
 65 a 74
 75 años o más
 Otro (por favor especifique)

22. ¿Código postal o el condado donde vive usted? _____

23. ¿Cuál es su raza?

- Afroamericana / Negro
 Asiático
 Islas del Pacífico
 Caucásico / Blanco
 India / nativo de Alaska Americana
 Raza mixta
 Otros (por favor especifique)

24. ¿Cuál es su origen étnico?

- Hispano
 No hispano

25. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de seguro de salud?

- No tengo seguro
 Seguros a través de mi empleador o el de mi cónyuge
 Auto-pago
 Seguros de los militares (Tri-cuidado, etc.)
 Medicare con el Suplemento
 Medicare
 Medicaid
 Otros (por favor especifique)

26. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Menos de Secundaria
 La escuela preparatoria
 Escuela Comercial o técnica o la unión de aprendizaje
 Alguna educación superior
 Colegio (Grado Asociado)
 Colegio (Licenciatura)
 Escuela de posgrado

27. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- Trabajador por cuenta propia
- Ama de casa
- Desempleado
- Jubilado
- Estudiante
- Militar

28. ¿Cuál de las siguientes opciones incluye sus ingresos anuales del hogar?

- Menos de \$ 25,000
- \$ 25.000 a \$ 49.999
- \$ 50.000 a \$ 74.999
- \$ 75.000 a \$ 99.999
- \$ 100.000 a \$ 149.999
- \$ 150.000 o más

29. ¿Cuáles cree Usted que son los mayores desafíos para su salud personal?
(Seleccione todas las que correspondan)

- La falta de seguro de salud
- La falta de cuidado de la salud
- No tener médico
- El costo de los medicamentos recetados
- Fumar / uso del tabaco
- Abuso de drogas
- Abuso de alcohol
- Dieta no saludable
- Falta de ejercicio
- Las relaciones enfermizas
- Depresión
- Otros problemas de salud mental
- Demasiado estrés
- No tengo problemas personales de salud

30. Pensando en su salud personal, ¿qué cambio o cambios le gustaría realizar en los próximos 12 meses?

- Obtener un seguro de salud
- Encontrar un médico de confianza
- Dejar de fumar / tabaco
- Reducir / Detener el consumo de alcohol
- Mejorar mi dieta
- Hacer más ejercicio
- Tomar más tiempo para mí
- Aprender a lidiar con el estrés
- Obtener asesoría de salud mental
- No estoy interesado en hacer cambios para mejorar mi salud
- Otros (por favor especifique)