

Encuesta de Salud Comunitaria del Condado de Chautauqua

¡Necesitamos su ayuda!

Sabes mucho sobre el lugar donde vives ¡Usted marca la diferencia en la salud y el bienestar de su comunidad del condado de Chautauqua! Por favor ayúdenos a entender lo que más le importa tomando unos minutos para completar esta encuesta confidencial. La información personal e identificable no es requerida, y las respuestas no pueden vincularse a usted.

Completar esta encuesta debería tomarle entre 10 y 20 minutos. Al finalizar la encuesta, tendrá la opción de **participar en un sorteo para ganar una de las cinco tarjetas de regalo de Tops de \$50**. Debe completar la encuesta para poder ganar.

El Departamento de Salud del condado de Chautauqua, los hospitales locales y los socios de la comunidad utilizarán esta información para determinar qué problemas de salud son importantes para usted y cómo hacer de nuestra comunidad un lugar más saludable para vivir.

Requisito para completar la encuesta

***SI NO VIVE, TRABAJA O ESTUDIA EN EL CONDADO DE CHAUTAUQUA, NO ES ELEGIBLE PARA RESPONDER ESTA ENCUESTA**

1. ¿Vive, trabaja o estudia en el condado de Chautauqua?

- Vivo en el condado de Chautauqua (proceda a la pregunta 2).
- Trabajo en el condado de Chautauqua (proceda a la pregunta 3).
- Estudio en el condado de Chautauqua (proceda a la pregunta 3).

2. ¿Cuál es el código postal de su domicilio en el condado de Chautauqua?

Problemas y preocupaciones de la comunidad

3. Cuando piensa en su salud y en la salud de su comunidad, ¿cuál de los siguientes temas **le preocupa más?**

Seleccione hasta tres (3) opciones.

- Salud médica (enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tratamiento del dolor crónico, salud sexual, pérdida de memoria, etc.)
- Salud dental
- Salud mental (estrés, ansiedad, depresión, suicidio, etc.)
- Condiciones ambientales (acceso a alimentos o agua, vecindarios transitables, vías seguras, etc.)
- Opciones de viviendas asequibles y seguras
- Salud materna e infantil (atención prenatal, embarazo en la adolescencia, planificación del embarazo, maltrato y abandono infantil)
- Seguridad física (riesgo de caídas, uso indebido de armas de fuego, violencia doméstica, etc.)
- Consumo de sustancias (drogas, alcohol, tabaco)
- Otro tema (indique)_____

4. ¿En cuál de los siguientes factores comunitarios cree que **deberíamos centrarnos para mejorar la salud** en los próximos cinco años en el marco del plan de mejora de la salud comunitaria del condado de Chautauqua?

Seleccione hasta tres (3) opciones.

- Acceso a alimentos asequibles y saludables
- Acceso a opciones de transporte confiables para asistir a citas médicas, ir al automercado, etc.
- Disponibilidad de espacios comunitarios como parques, senderos, ciclovías y centros comunitarios
- Acceso a grupos comunitarios que fomenten hábitos saludables (actividad física, nutrición, reducción del estrés, prevención de la diabetes, prevención de caídas, dejar de fumar, etc.)
- Acceso a programas de salud y bienestar de calidad en las escuelas
- Disponibilidad y acceso a servicios de apoyo a la salud infantil
- Seguridad en los vecindarios
- Acceso a recursos y servicios comunitarios (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [WIC, por sus siglas en inglés], servicios sociales, servicios para personas de la tercera edad, Salvation Army, United Way, etc.)
- Acceso a exámenes de salud disponibles en su comunidad (azúcar en sangre, colesterol, presión arterial, etc.)
- Otro (indique)_____

5. ¿En cuál de las siguientes enfermedades y condiciones cree que deberíamos centrarnos para mejorar la salud en los próximos cinco años en el marco del plan de mejora de la salud comunitaria del condado de Chautauqua?

Seleccione hasta cinco (5) opciones.

- Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otras enfermedades respiratorias crónicas
- Cáncer
- Uso de cigarrillos, productos del tabaco, cigarrillos electrónicos o consumo de nicotina
- Salud dental (caries o extracción de dientes)
- Diabetes
- Problemas cardíacos (presión arterial alta, colesterol, enfermedades del corazón, derrames cerebrales, etc.)
- Enfermedades infecciosas (VIH, sida, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, etc.)
- Lesiones (caídas, accidentes de tráfico)
- Intoxicación por plomo o problemas relacionados con el plomo
- Salud mental, depresión, ansiedad y manejo del estrés
- Obesidad, control de peso o nutrición
- Problemas de reproducción y parto
- Trastornos por consumo de sustancias (alcohol, cannabis, opioides, etc.)
- Lesiones relacionadas con la violencia (abuso infantil, abuso de ancianos, violencia doméstica, lesiones por armas de fuego y muerte)
- Otra (indique) _____

Salud personal, familiar y comunitaria

Se recomienda visitar al proveedor de cuidado primario una vez al año y al dentista cada 6 meses.

6. ¿Cuáles fueron las principales razones por las que usted o alguien de su familia no recibió la atención necesaria, aconsejada o recomendada? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

	Salud médica	Salud dental	Salud mental
Costo: sin seguro, era demasiado costoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo: incluso con seguro, era demasiado costoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte: era muy difícil llegar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horario: no estaba abierto cuando podía asistir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No había cita disponible para un momento oportuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabía dónde recibir la atención que necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decidí no ir, porque no me gusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento miedo o vergüenza por mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No tuve ningún problema para recibir atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra razón (indíquela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Desde la legalización de la marihuana y los productos con cannabidiol (CBD), ¿ha cambiado su consumo de estos productos? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- No consumo productos de marihuana ni con CBD
- Consumo productos de marihuana o con CBD con fines recreativos
- Consumo productos de marihuana o con CBD por razones médicas

Los trastornos por consumo de sustancias (adicciones) no solo afectan a las personas; también afectan a las familias, los amigos y las comunidades.

8. Tengo una relación con la adicción de la siguiente manera. **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Tengo un familiar que consume alcohol o drogas.
- Tengo un familiar en recuperación por consumo de alcohol o drogas.
- Tengo un amigo que consume alcohol o drogas.
- Tengo un amigo en recuperación por consumo de alcohol o drogas.
- Un familiar o un amigo murió por consumo de alcohol o drogas.
- Personalmente tengo una adicción activa al alcohol o a las drogas.
- Estoy en recuperación por consumo de alcohol o drogas.
- No tengo experiencia cercana con el consumo de alcohol o drogas.

9. Si un familiar o amigo sufriera de una adicción, sabría cómo encontrar ayuda.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

10. Narcan® (Naloxona) es un medicamento que salva vidas y se utiliza para el tratamiento de una emergencia por sobredosis de opioides conocida o sospechada. **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Sé dónde puedo conseguir Narcan® en el condado de Chautauqua.
- Llevo Narcan® conmigo o lo tengo en casa.
- He usado Narcan® para salvar una vida.

Una buena alimentación y la actividad física son importantes para la salud y el bienestar general.

11. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio o realiza alguna actividad física?

- De 5 a 7 veces por semana durante al menos 30 minutos cada vez
- De 2 a 4 veces por semana durante al menos 30 minutos cada vez
- De 0 a 1 vez por semana durante al menos 30 minutos cada vez
- No hago ejercicio regularmente, pero intento realizar alguna actividad física cuando es posible

- No realizo ninguna actividad física ni hago ejercicio más allá de las actividades diarias habituales

12. ¿Cuál de las siguientes opciones le ayudaría a ser más activo? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Opciones de transporte a un parque o a actividades y espacios al aire libre
 - Grupos o un amigo con quien participar
 - Talleres para clases sobre ejercicio
 - Lugares seguros para caminar o hacer ejercicio
 - Instrucción individual o entrenamiento personal
 - Información sobre programas de ejercicios o membresías de gimnasios
 - Descuentos en programas de ejercicios o membresías de gimnasios
 - Programas o equipos en el lugar de trabajo
 - Actividades que pueda hacer con sus hijos
 - Ninguna de las anteriores
 - Otra (indique)
-

13. Durante el año pasado, hubo ocasiones en las que yo o alguien de mi familia tuvimos hambre, pero no comimos porque no había dinero suficiente para comprar comida.

- A menudo es cierto
- A veces es cierto
- No es cierto

Seguro de salud

14. Describa la cobertura de su seguro de salud. **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Empleador/empleador del cónyuge
- Medicare
- Medicaid
- Seguro a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos
- NYS of Health/Mercado de seguros médicos
- Tribal Health
- No tengo seguro de salud
- No estoy seguro

Información demográfica

15. ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna discapacidad? **Seleccione una opción.**

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades define a una persona con discapacidad como aquella que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades esenciales de la vida.

- Sí (proceda a la pregunta 16)
- No (proceda a la pregunta 17)
- Prefiero no responder (proceda a la pregunta 17)

16. ¿Qué tipo de discapacidad tiene usted o el miembro de su hogar? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- De desarrollo o intelectual
- Mental o emocional
- Física o de movilidad
- Sensorial, como ceguera o sordera
- Otra _____
- Prefiero no responder

Cada una de las siguientes preguntas es importante para ayudarnos a comprender los problemas de salud asociados con la edad, el género, la raza, etc. Esta información no le identifica.

17. ¿Qué edad tiene?

- 20 años o menos
- 21-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-64
- 65 años o más
- Prefiero no responder

18. ¿Cuál es su identidad de género?

- Hombre
- Mujer
- No conforme
- No binario
- Transgénero
- Otro (indique) _____
- Prefiero no responder

19. ¿Con qué raza o nacionalidad se identifica? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Blanco/caucásico
- Negro/afroamericano
- Hispano/Latino/Latinx
- Asiático o asiático-americano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Otra (indique) _____
- Prefiero no responder

20. ¿Cuál es el ingreso promedio aproximado del hogar?

- \$0 - \$24,999
- \$25,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$100,000 - \$124,999
- \$125,000 - \$149,999
- \$150,000 +
- Prefiero no responder

21. ¿Tiene acceso a transporte cuando lo necesita?

- Sí
- A veces
- No
- Prefiero no responder

22. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más
- Prefiero no responder

23. Si quisiéramos comunicarnos con usted con un mensaje de salud comunitaria o un anuncio de servicio público, ¿cuál sería la mejor manera? **Seleccione hasta tres (3) opciones.**

- Redes sociales (Facebook, Instagram, X)
- Televisión
- Radio o servicio de música en streaming
- Sitio web del departamento de salud local
- Periódico
- Folletos y hojas informativas

24. ¿Cómo se enteró de esta encuesta?

- Redes sociales
- Correo electrónico
- Medios de comunicación (radio, prensa, televisión)
- Escuela
- Proveedor de servicios médicos
- Grupo u organización comunitaria
- Otro (indique) _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar la Encuesta de Salud Comunitaria del Condado de Chautauqua.

Las encuestas completadas se pueden devolver al lugar donde las obtuvo o a Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Chautauqua, División de Servicios Públicos de Salud, Edificio HRC, 7 North Erie Street, Mayville NY 14757.

Esta página se mantendrá separada. Las respuestas de la encuesta permanecerán confidenciales.

¡Ingrese su información de contacto y participará en un sorteo para tener la oportunidad de ganar una de las cinco tarjetas de regalo!

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección2: _____

Ciudad/Pueblo: _____

Estado : _____

Código Postal/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar la Encuesta de Salud Comunitaria del Condado de Chautauqua.

