

# Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad

Se le solicita a usted que complete esta encuesta para ayudar a su hospital comunitario a identificar mejores formas de apoyar y atender las necesidades de nuestra comunidad.

\*Indicatos required question

## Salud y Bienestar Personal

En general, cómo calificaría su salud personal? \*

- Muy saludable
- Saludable
- Algo saludable
- Poco saludable
- Muy poco saludable

En los últimos tres años, hubo una vez en la cual usted o alguien en su hogar necesitó servicios de atención médica pero no los recibió o tardó en recibirlos? \*

- Si
- No

Si respondió sí, cuáles fueron las razones principales que le impidieron recibir servicios de atención médica? Seleccione las opciones que aplican.

- No había citas
- Demasiado tiempo de espera para una cita
- Los horarios de la clínica no coinciden con mi horario
- No seguro si los servicios estaban disponibles
- Costo de los servicios
- Razones por el trabajo
- Transporte
- Nadie para cuidar a mis hijos en ese momento
- No sabía a donde ir
- Está muy lejos
- No seguro médico
- Seguro médico no cubre los servicios
- No me trataron con respeto
- Demasiado nervioso/a o con temor
- Barrera del idioma
- No me gustan los proveedores
- No me impidieron recibir servicios de atención médica
- Other: \_\_\_\_\_

Qué servicios de atención médica utilizaría si estuvieran disponibles? \*

- Servicios de Oído, Nariz y Garganta/ Ear, Nose, Throat services (ENT)
- Servicios de Ginecología (OB/GYN)
- Servicios de Adicción
- Servicios de Neumología y Cardiología (Pulmones y Corazón)
- Clínicas de Bienestar
- Servicios de Columna
- Urología
- Ortopedia
- Other: \_\_\_\_\_

Las pruebas y los servicios preventivos ayudan a prolongar la vida y pueden conducir al diagnóstico temprano de problemas de salud graves. Cuáles de los siguientes servicios ha utilizado durante el último año? Seleccione las opciones que aplican.

- Chequeo de niños o chequeo de bienestar del bebé
- Chequeo de colesterol
- Vacuna contra la gripe
- Vacunas (inmunizaciones)
- Mamografía
- Prueba de Papanicolaou
- Examen de próstata
- Chequeo de la presión arterial (presión alta)
- Chequeo de salud de rutina
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios para diabéticos
- Ninguno
- Other: \_\_\_\_\_

## Salud Comunitaria

Cómo calificaría la salud general de su comunidad? \*

- Muy poco saludable
- Poco saludable
- Algo saludable
- Saludable
- Muy Saludable

Seleccione las tres opciones que usted cree que son más importantes para crear una comunidad saludable. \*

- Acceso a la atención médica o a servicios de atención médica
- Ambiente limpio
- Participación comunitaria
- Educación
- Educación sobre conductas saludables y estilos de vida
- Other: \_\_\_\_\_

Cuáles son los mayores desafíos para obtener atención médica en su comunidad? Seleccione las opciones que aplican.

- Costo de los servicios
- Falta de transporte
- Disponibilidad de proveedores
- Largos tiempos de espera
- Falta de seguro médico
- Barrera del idioma
- Falta de conocimiento
- Other: \_\_\_\_\_

Qué factores contribuyen más a los problemas de salud en su comunidad? Seleccione las opciones que aplican.

- Pobreza
- Falta de educación
- Falta de oportunidades laborales
- Acceso limitado a alimentos saludables
- Viviendas o vecindarios inseguros
- Other: \_\_\_\_\_

En su opinión, qué mejoraría el acceso de su comunidad a la atención médica? \*

- Más servicios de educación sobre la salud
- Mejora de la calidad de la atención
- Servicios de intérprete
- Más proveedores de atención médica
- Más médicos especialistas (Ortopédico, oftalmólogo, etc.)
- Asistencia de transporte
- Horario ampliado para pacientes ambulatorios
- Telemedicina (se puede utilizar cuando el paciente y su medico no están en el mismo lugar)
- Atención médica domiciliaria
- Other: \_\_\_\_\_

En la siguiente lista, cuáles cree usted que son los tres problemas de salud más graves en su comunidad? Seleccione las opciones que aplican.

- Alcohol/Abuso de Sustancias
- Cancer
- Abuso infantil
- Diabetes
- Violencia domestica
- Nefropatía (riñones)
- Cardiopatía (corazón)
- Falta de acceso a la atención médica
- Falta de cuidado dental
- Falta de ejercicio
- Consumo de alcohol o drogas en menores de edad
- Problemas de salud mental
- Obesidad (sobrepeso)
- Derrame cerebral
- Consumo de tabaco
- Accidentes automovilísticos
- Other: \_\_\_\_\_

Como accede a la información sobre los servicios de salud disponibles? Seleccione las opciones que aplican.

- Familia o amigos
- Proveedores de atención médica (e.g., doctores, enfermeras, clínicas)
- Redes sociales: (e.g., Facebook, Instagram, Twitter)
- Organizaciones o eventos comunitarios
- Periódico local o revistas
- Television o radio
- Búsquedas en internet (e.g., Google, sitios web de salud)
- Volantes, carteles, o folletos
- Organizaciones religiosas o lugares de adoración
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Que más le gustaría que supiéramos sobre sus necesidades o la comunidad?

Your answer \_\_\_\_\_

## Información Demográfica

En qué condado vive? \*

Your answer \_\_\_\_\_

Cual es su genero? \*

- Masculino
- Femenino
- Prefero no compartir
- Other: \_\_\_\_\_

Cual es su rango de edad? \*

- 18 a 25
- 26 a 35
- 36 a 45
- 46 a 55
- 56 a 65
- 66 a 75
- 76 a 85
- 86+

Cual es su raza? Seleccione las opciones que aplican. \*

- Blanco
- Hispano o Latino
- Negro o Afroamericano
- Nativo Americano o Indio Americano
- Asiático/Isleño del Pacifico
- Prefiero no compartir
- Other: \_\_\_\_\_

Cual es su situación laboral? \*

- Desempleado
- Trabajador por cuenta propia
- Tiempo parcial
- Tiempo completo
- Jubilado/a

Cuál es su nivel más alto de educación? \*

- Sin educación
- Preparatoria o GED (Desarrollo Educacional General)
- Grado Asociado (2 años)
- Licenciatura (4 años)
- Maestría o Doctorado

Cuál fue su ingreso familiar total antes de impuestos en los últimos 12 meses? \*

- \$25,000 o menos
- \$25,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 a \$149,999
- \$150,000 a \$199,999
- \$200,000 o más
- Prefero no compartir
- Other: \_\_\_\_\_

Cuál es su tipo de cobertura de seguro médico actual? \*

Your answer \_\_\_\_\_

Gracias por participar!

Get link

Never submit passwords through Google Forms.

This form was created inside of Arkansas Rural Health Partnership. Does this form look suspicious? Report

Google Forms