

Please scan completed surveys and email to
lillian_zeman@hpcnef.org and copy jdeangelo@hpcnef.org.

Encuesta Comunitaria del Condado de Clay

El Departamento de Salud de Florida en el Condado de Clay necesita su ayuda. Por favor llene esta encuesta para compartir sus opiniones sobre el cuidado de la salud y la calidad de vida en el Condado Clay. ¡Sus comentarios ayudarán a hacer del Condado Clay un lugar más saludable para vivir!

1. ¿Cuál es el código postal de su domicilio?

2. ¿Cómo se llama su ciudad/pueblo?

3. ¿Cómo valora su estado de salud general? (elija uno)

- ☐ Excelente
- ☐ Bien
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente
- ☐ No lo sé

4. Elija hasta 5 de los puntos siguientes que considere las características más importantes de una comunidad sana:

Selecciona 5 opciones.

- ☐ Acceso a iglesias u otros lugares de culto
 - ☐ Buen lugar para criar a los hijos
 - ☐ Acceso a asistencia sanitaria
 - ☐ Buenos empleos, economía saneada
 - ☐ Acceso a parques y lugares para jugar
 - ☐ Buena educación
 - ☐ Acceso al transporte (autobús, taxi, etc.)
 - ☐ Bajos índices de delincuencia/barrios seguros
 - ☐ Opciones de vivienda asequibles y/o disponibles
 - ☐ Atención sanitaria preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, mamografías, vacunas)
 - ☐ Eventos artísticos y culturales disponibles
 - ☐ Guarderías de calidad
 - ☐ Entorno limpio y saludable
 - ☐ Acceso a servicios sociales
 - ☐ Ausencia de discriminación
 - ☐ Buen lugar para envejecer
 - ☐ Aparcamiento/acomodaciones adecuadas para personas con discapacidad
 - ☐ Otras: _____
-

5. Elija hasta 5 de los problemas de salud que considere más importantes en el condado de Clay:

Selecciona 5 opciones.

- ☐ Enfermedad respiratoria/pulmonar (por ejemplo, EPOC, asma)
 - ☐ Abuso de drogas (por ejemplo, alcohol, opiáceos, drogas, marihuana)
 - ☐ Cánceres
 - ☐ Salud mental (por ejemplo, depresión, suicidio, ansiedad, estrés, etc.)
 - ☐ Enfermedades infecciosas (por ejemplo, gripe, neumonía)
 - ☐ Maltrato o abandono infantil
 - ☐ Diabetes
 - ☐ Embarazo adolescente
 - ☐ Enfermedades cardíacas e ictus
 - ☐ Lesiones accidentales
 - ☐ Sexo sin protección/enfermedades de transmisión sexual
 - ☐ Violencia doméstica
 - ☐ Obesidad/sobrepeso
 - ☐ Muerte infantil/parto prematuro
 - ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ No vacunarse para prevenir enfermedades
 - ☐ Aparcamiento adecuado/acomodaciones para personas con discapacidades
 - ☐ Falta de acceso a la atención sanitaria
 - ☐ Problemas dentales
 - ☐ Tabaquismo
 - ☐ Otras: _____
-

6. ¿Qué servicios sanitarios son difíciles de obtener en su comunidad? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Terapia alternativa (por ejemplo, hierbas, acupuntura)
 - ☐ Terapias físicas o de rehabilitación
 - ☐ Servicios de ambulancia/rescate
 - ☐ Recetas/medicamentos/suministros médicos
 - ☐ Atención quiropráctica
 - ☐ Asesoramiento sobre bienestar/nutrición
 - ☐ Atención dental/oral
 - ☐ Atención primaria (p. ej., médico de familia o ambulatorio)
 - ☐ Atención en urgencias
 - ☐ Atención especializada (por ejemplo, cardiólogo)
 - ☐ Planificación familiar/control de natalidad
 - ☐ Hospitalización
 - ☐ Atención oftalmológica
 - ☐ Análisis de laboratorio
 - ☐ Salud mental/asesoramiento
 - ☐ Radiografías/mamografías
 - ☐ Obstetricia/embarazo
 - ☐ Servicios por abuso de sustancias (por ejemplo, drogas y alcohol)
 - ☐ Otras: _____
-

7. En los últimos 5 años, ¿cuáles de los siguientes problemas le han dificultado o impedido obtener servicios médicos, dentales o de salud mental para usted o su familia? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Problemas con el transporte (por ejemplo, autobús, taxi, etc.)
 - ☐ Falta de servicios nocturnos y de fin de semana
 - ☐ No puedo permitirme pagar la asistencia sanitaria
 - ☐ Largos tiempos de espera para citas y servicios
 - ☐ No encuentro proveedores que acepten mi seguro
 - ☐ No sé qué tipos de servicios hay disponibles
 - ☐ La información sanitaria no es privada
 - ☐ No encuentro servicios sanitarios en mi lengua materna
 - ☐ No me gusta aceptar ayudas públicas
 - ☐ No entiendo la información sanitaria que me da mi médico
 - ☐ Ninguno - No tengo ningún obstáculo para acceder a la atención sanitaria
 - ☐ Otras: _____
-

8. ¿Se siente discriminado por los profesionales sanitarios por alguna de las siguientes razones? (marque todas las que procedan)

- ☐ Raza/etnia
 - ☐ Sexo
 - ☐ Orientación sexual
 - ☐ Peso
 - ☐ Edad
 - ☐ Idioma
 - ☐ Ingresos
 - ☐ Religión
 - ☐ No, no me siento discriminado
 - ☐ Otras: _____
-

9. ¿Cómo está cubierta su asistencia sanitaria? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Seguro de enfermedad de mi trabajo
- ☐ Seguro médico del trabajo de un familiar
- ☐ Seguro médico que pago por mi cuenta
- ☐ Medicare (cualquier tipo)
- ☐ Medicaid (cualquier tipo)
- ☐ Prestaciones militares o de la Administración de Veteranos
- ☐ No puedo permitirme ningún seguro medico
- ☐ Otras: _____

10. Su edad

- ☐ <18
- ☐ 18 - 25
- ☐ 26 - 39
- ☐ 40 - 54
- ☐ 55 - 64
- ☐ 65 - 74
- ☐ 75+

11. ¿Estás...

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Transexual
- ☐ Otras: _____

12. ¿Con qué raza/etnia se identifica más? (elija una)

☐ Negro / afroamericano

☐ Hispano o latino(a)

☐ Nativo Americano / Nativo de Alaska

☐ Blanco / caucásico

☐ Asiático o isleño del Pacífico

☐ Otras: _____

13. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado? (elija uno)

☐ Primaria / Secundaria

☐ Bachillerato o GED

☐ Colegio comunitario

☐ Escuela técnica o de oficios

☐ Universidad de 4 años / Licenciatura

☐ Graduado / Titulación avanzada

14. ¿Cuál es su situación laboral actual? (elija uno)

☐ Empleado - Tiempo completo

☐ Empleado - Tiempo parcial

☐ Estudiante

☐ Padre o madre que se queda en casa

☐ Jubilado

☐ Discapacitado

☐ Desempleado

16. Por favor enumere cualquier otro comentario que tenga sobre los problemas de salud en el Condado de Clay.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.