

Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

*Please scan completed surveys to lillian_zeman@hpcnef.org and cc jdeangelo@hpcnef.org

El Departamento de Salud de Florida en el Condado de St. Johns 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 St. Johns. ¡Sus comentarios ayudarán a hacer del Condado St. Johns un lugar más saludable para vivir!

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

32033

32080

32081

32082

32084

32086

32092

32095

32145

32259

Otras: _____

2. ¿Cómo se llama su ciudad/pueblo? _____

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

Excelente

Bien

Regular

Deficiente

No lo sé



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

4. Elija hasta 5 de los puntos siguientes que considere las características más importantes de una comunidad sana (*selecciona 5 opciones*):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a iglesias u otros lugares de culto | <input type="checkbox"/> Atención médica preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, mamografías, vacunas) |
| <input type="checkbox"/> Buen lugar para criar a los hijos | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de calidad |
| <input type="checkbox"/> Acceso a asistencia médica | <input type="checkbox"/> Ambiente limpio y saludable |
| <input type="checkbox"/> Buenos empleos, economía saludable | <input type="checkbox"/> Acceso a servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Acceso a parques y lugares para jugar | <input type="checkbox"/> Ausencia de discriminación |
| <input type="checkbox"/> Buena educación | <input type="checkbox"/> Buen lugar para envejecer |
| <input type="checkbox"/> Acceso al transporte (autobús, taxi, etc.) | <input type="checkbox"/> Aparcamiento/acomodaciones adecuadas para personas con discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Bajos índices de delincuencia/barrios seguros | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Opciones de vivienda asequibles y/o disponibles | |



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

5. Elija hasta 5 de los problemas de salud que considere más importantes en el condado de St. Johns (*selecciona 5 opciones*):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/pulmonar (por ejemplo, EPOC, asma) | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas (por ejemplo, alcohol, opiáceos, drogas, marihuana) | <input type="checkbox"/> Traficar humanos |
| <input type="checkbox"/> Cánceres | <input type="checkbox"/> Obesidad/sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (por ejemplo, depresión, suicidio, ansiedad, estrés, etc.) | <input type="checkbox"/> Muerte infantil/parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (por ejemplo, gripe, neumonía) | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Maltrato o abandono infantil | <input type="checkbox"/> No vacunarse para prevenir enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Aparcamiento adecuado/acomodaciones para personas con discapacidades |
| <input type="checkbox"/> Embarazo adolescente | <input type="checkbox"/> Falta de acceso a la atención médica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Lesiones accidentales | <input type="checkbox"/> Fumar/consumir tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sexo sin protección/enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

6. ¿Qué servicios de atención médica son difíciles de obtener en su comunidad?
(marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia alternativa (por ejemplo, hierbas, acupuntura) | <input type="checkbox"/> Planificación familiar/métodos anticonceptivos |
| <input type="checkbox"/> Terapias físicas o de rehabilitación | <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Servicios de ambulancia/rescate | <input type="checkbox"/> Atención oftalmológica |
| <input type="checkbox"/> Recetas/medicamentos/municiónes médicas | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Atención quiropráctica | <input type="checkbox"/> Salud mental/asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre bienestar/nutrición | <input type="checkbox"/> Radiografías/mamografías |
| <input type="checkbox"/> Atención dental/oral | <input type="checkbox"/> Obstetricia/embarazo |
| <input type="checkbox"/> Atención primaria (p. ej., médico de familia o ambulatorio) | <input type="checkbox"/> Servicios por abuso de sustancias (por ejemplo, drogas y alcohol) |
| <input type="checkbox"/> Atención en urgencias | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Atención especializada (por ejemplo, cardiólogo) | |



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

7. En los últimos 5 años, ¿cuáles de los siguientes problemas le han sido difícil o impedido obtener servicios médicos, dentales o de salud mental para usted o su familia? (*marque todos los que correspondan*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con transportacion (por ejemplo, autobús, taxi, etc.) | <input type="checkbox"/> La información de atención médica no se mantiene privada |
| <input type="checkbox"/> Falta de servicios nocturnos y de fin de semana | <input type="checkbox"/> No puedo encontrar servicios de salud en mi idioma nativo |
| <input type="checkbox"/> No puedo poder pagar por atención médica | <input type="checkbox"/> No me gusta aceptar ayudas públicas |
| <input type="checkbox"/> Largos tiempos de espera para citas y servicios | <input type="checkbox"/> No entiendo la información de salud que me da mi médico |
| <input type="checkbox"/> No encuentro proveedores que acepten mi seguro | <input type="checkbox"/> Ninguno – no tengo barreras para acceder a la atención médica |
| <input type="checkbox"/> No sé qué tipos de servicios hay disponibles | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

8. ¿Qué es lo que más te gusta de vivir en el condado de St. Johns? (*marque todos los que correspondan*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Costo de la vida | <input type="checkbox"/> Cultura |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo | <input type="checkbox"/> Escuelas y sistema educativo |
| <input type="checkbox"/> Tráfico y facilidad de transporte | <input type="checkbox"/> Parques y Recreación |
| <input type="checkbox"/> Bajo tipos de criminalidad | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Proximidad a familiares y amigos | |

9. ¿Cómo cubre su atención médica? (*marque todas las que correspondan*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico de mi trabajo | <input type="checkbox"/> Medicaid (cualquier tipo) |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico del trabajo de un familiar | <input type="checkbox"/> Prestaciones militares o de la Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico que pago por mi cuenta | <input type="checkbox"/> Pago de mi bolsillo |
| <input type="checkbox"/> Medicare (cualquier tipo) | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

10. Su edad

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <18 | <input type="checkbox"/> 55–64 |
| <input type="checkbox"/> 18–25 | <input type="checkbox"/> 65–74 |
| <input type="checkbox"/> 26–39 | <input type="checkbox"/> 75+ |
| <input type="checkbox"/> 40–54 | |

11. ¿Cuál es tu sexo asignado al nacer?

- Hombre
- Mujer
- Desconocido

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino(a) | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Título de posgrado o superior |
| <input type="checkbox"/> Comercio/Técnica/Entrenamiento vocacional | <input type="checkbox"/> Preferiría no responder |
| <input type="checkbox"/> Título asociado/bachillerato | |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado – Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Padre o madre que se queda en casa |
| <input type="checkbox"/> Empleado – Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Preferiría no responder |
| <input type="checkbox"/> Jubilado | |



Encuesta Comunitaria del Condado de St. Johns (Letra Grande)

15. ¿Cuál es la renta total aproximada de todos los miembros de su hogar? (*elija uno*)

Menos de \$10,000

\$10,000–\$20,000

\$21,000–\$30,000

\$31,000–\$50,000

\$51,000–\$99,000

\$100,000 o más

Preferiría no responder

16. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre los problemas de salud en el condado de St. Johns?

¡Gracias por completar la encuesta!