

Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria de los Condados de Flagler y Volusia del 2024

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

Necesitamos su ayuda para comprender mejor la salud de los condados de Flagler y Volusia. Puedes ayudar completando esta encuesta comunitaria. Sus comentarios ayudarán a que los condados de Flagler y Volusia sean lugares más saludables para vivir. ¡Gracias!

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

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 médica
 - Buenos empleos, economía saludable
 - 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 médica preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, mamografías, vacunas)
 - Cuidado infantil de calidad
 - Ambiente limpio y saludable
 - Acceso a servicios de salud mental y salud conductual
 - Acceso a servicios sociales
 - Ausencia de discriminación
 - Buen lugar para envejecer
 - Aparcamiento/acomodaciones adecuadas para personas con discapacidad
 - Otras: _____



Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria de los Condados de Flagler y Volusia del 2024

5. Elija hasta 5 de los problemas de salud que considere más importantes en el condados de Flagler y Volusia (*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: _____ |

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/municiones 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 (por ejemplo, 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 de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria de los Condados de Flagler y Volusia del 2024

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. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comiste menos de lo que creías que debías porque no había suficiente dinero para comprar comida?
- Sí
- No
- Preferiría no responder
9. ¿Le preocupa o se preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable que sea propia, alquilada o en la que se quede como parte de un hogar?
- Sí
- No
- Preferiría no responder
10. ¿Con qué frecuencia te sientes solo o aislado de quienes te rodean?
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A menudo |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Siempre |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Preferiría no responder |



Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria de los Condados de Flagler y Volusia del 2024

11. ¿Qué es lo que más te gusta de vivir en el condados de Flagler y Volusia? (*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 | |

12. ¿Cómo se paga el costo de 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: _____ |

13. Su edad

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <18 | <input type="checkbox"/> 55–64 |
| <input type="checkbox"/> 18–25 | <input type="checkbox"/> 65–79 |
| <input type="checkbox"/> 26–39 | <input type="checkbox"/> 80+ |
| <input type="checkbox"/> 40–54 | |

14. ¿Cuál es tu sexo asignado al nacer?

- Hombre
 Mujer
 Desconocido

15. ¿Con qué raza/etnia se identifica más? (*marque todas las que correspondan*)

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



Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria de los Condados de Flagler y Volusia del 2024

16. ¿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 | |

17. ¿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"/> Incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Jubilado | <input type="checkbox"/> Preferiría no responder |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$51,000–\$99,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000–\$20,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más |
| <input type="checkbox"/> \$21,000–\$30,000 | <input type="checkbox"/> Preferiría no responder |
| <input type="checkbox"/> \$31,000–\$50,000 | |

19. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre los problemas de salud en el condados de Flagler y Volusia?

¡Gracias por completar la encuesta!