

## **Cape Cod Healthcare:**

### ***Evaluación de necesidades de salud de la comunidad - Encuesta de salud a la comunidad***

Cape Cod Healthcare está llevando a cabo una evaluación de las necesidades de salud de las personas que viven en el condado de Barnstable.

Como parte de este proyecto, se le está enviando esta **Encuesta sobre la salud de la comunidad** a la gente que vive en el Condado de Barnstable para averiguar cómo se están satisfaciendo actualmente sus necesidades de cuidado de la salud. La información obtenida por medio de esta encuesta también será útil para evaluar qué programas o servicios podrían ser necesarios en el futuro.

Esta encuesta es anónima. No se le pide su nombre ni su dirección. Además, esta encuesta es voluntaria. Puede dejar de responder en cualquier momento. Completar esta encuesta lleva unos 15 minutos.

Le damos las gracias por su contribución para mejorar la salud de las personas del Condado de Barnstable. Le pedimos que conteste esta encuesta a más tardar para el **13 de mayo de 2022**.

Cape Cod Healthcare ha contratado a Health Resources in Action, una empresa de investigación en salud pública con sede en Boston, para que administre y analice los datos obtenidos por medio de esta encuesta.

Si tiene preguntas sobre este proyecto, puede escribir por correo electrónico a [communitybenefits@capecodhealth.org](mailto:communitybenefits@capecodhealth.org) o llamar al 508-862-5600.

¡Gracias por participar!

#### **1. ¿En qué idioma prefiere contestar esta encuesta?**

¿Prefiere contestar la encuesta en...?

- ☐ English / Inglés / Inglês
- ☐ Spanish / Español / Espanhol
- ☐ Portuguese / Portugués/ Português
- ☐ Haitian Creole / Criollo haitiano / Crioulo haitiano

## **Acerca de su hogar**

En esta sección se le pregunta dónde y con quién vive.

#### **2. ¿En qué ciudad vive? (Marque una respuesta).**

- ☐ Barnstable, MA
- ☐ Bourne, MA
- ☐ Brewster, MA
- ☐ Chatham, MA
- ☐ Dennis, MA
- ☐ Eastham, MA
- ☐ Falmouth, MA
- ☐ Harwich, MA
- ☐ Mashpee, MA
- ☐ Orleans, MA
- ☐ Provincetown, MA
- ☐ Sandwich, MA
- ☐ Truro, MA
- ☐ Wellfleet, MA
- ☐ Yarmouth, MA
- ☐ Ninguna de las anteriores

#### **3. ¿Cuál de las siguientes categorías es la que mejor describe su situación actual de vivienda? (Marque una respuesta.)**

- ☐ Vivo en un apartamento, condominio o casa que me pertenece

- ☐ Vivo en un apartamento, condominio o casa que alquilo
- ☐ Vivo en un alquiler de temporada
- ☐ Vivo en la casa de un familiar
- ☐ Vivo en un refugio
- ☐ No tengo hogar (estoy sin techo)
- ☐ Otro, favor de especificar:

#### **4. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con el costo de su vivienda actual?**

- ☐ Muy satisfecho/a
- ☐ Satisfecho/a
- ☐ Neutral
- ☐ Insatisfecho/a
- ☐ Muy insatisfecho/a

#### **5. En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la calidad y la seguridad de su vivienda actual?**

- ☐ Muy satisfecho/a
- ☐ Satisfecho/a
- ☐ Neutral
- ☐ Insatisfecho/a
- ☐ Muy insatisfecho/a

**6. ¿Cuál de las siguientes categorías es la que mejor describe su situación actual de empleo? (Marque todo lo que corresponda)**

- ☐ Tengo un empleo remunerado el año entero
- ☐ Trabajo por cuenta propia el año entero
- ☐ Tengo empleo algunas temporadas, no el año entero
- ☐ Sin empleo

- ☐ Estudiante
- ☐ Padre o madre que trabaja en el hogar
- ☐ Proveedor de cuidados no remunerado
- ☐ Jubilado/a
- ☐ No puedo trabajar
- ☐ Prefiero no contestar
- ☐ Otra respuesta (favor de especificar)
- 

**7. ¿Es usted actualmente madre, padre o tutor legal de niños menores de 18 años?**

- ☐ Sí
- ☐ No

**8. ¿Tiene actualmente responsabilidades de cuidado de alguien que tenga una discapacidad física o cognitiva?**

- ☐ Sí
- ☐ No

**9. ¿Tiene actualmente responsabilidades de cuidado de alguna persona que tenga más de 50 años de edad?**

- ☐ Sí
- ☐ No

## Acerca de su salud

En esta sección se le pregunta sobre problemas de salud que afectan a usted o a personas de su familia inmediata.

**10. En general, ¿cómo calificaría su propia salud?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

**11. Por favor, seleccione las 5 PREOCUPACIONES PRINCIPALES DE SALUD de usted o de personas de su familia. (Seleccione hasta 5)**

- ☐ Acceso a médicos o profesionales de atención primaria
- ☐ Problemas de salud del envejecimiento, como artritis, osteoporosis, demencia, enfermedad de Alzheimer
- ☐ Cáncer
- ☐ Enfermedad cardiovascular o del corazón
- ☐ Problemas de salud de los niños
- ☐ Problemas de salud crónicos, como obesidad, diabetes, hipertensión o colesterol alto

- ☐ Salud dental y bucal
- ☐ Discapacidades físicas o cognitivas
- ☐ Uso de drogas, como alcohol, marihuana, medicamentos recetados o drogas ilícitas
- ☐ Enfermedades infecciosas, como neumonía, gripe, tos ferina o hepatitis C
- ☐ Lesiones, por ejemplo, accidentes automovilísticos, caídas o conmoción cerebral
- ☐ Problemas de salud mental, por ejemplo, ansiedad, depresión o suicidio
- ☐ Problemas respiratorios, por ejemplo, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema
- ☐ Infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, VIH/SIDA, clamidia o gonorrea
- ☐ Uso de tabaco o fumar
- ☐ Problemas de salud de la mujer, como salud prenatal o materna, o salud reproductiva

**12. Por favor, indique qué tanto les preocupa cada uno de los siguientes problemas de salud a usted o a su familia.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diabetes o azúcar alta en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Enfermedad del corazón o ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sobrepeso u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Por favor, indique qué tanto les preocupa cada uno de los siguientes problemas de salud mental a usted o a su familia.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Ansiedad o trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depresión o trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Experiencia de trauma o trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Estrés general de la vida cotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aislamiento social o soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estigma o miedo de buscar atención por problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Salud mental de jóvenes y adultos jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Comportamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Por favor, indique qué tanto les preocupa cada uno de los siguientes problemas de uso de sustancias a usted o a su familia.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Estigma o miedo de buscar atención por alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uso indebido de opiáceos, por ejemplo, medicamentos para el dolor de venta con receta médica, heroína, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abuso o consumo desenfrenado de alcohol (atracones de bebida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Uso de tabaco o fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) "Vapear" (uso de cigarrillos electrónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uso recreativo de marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Otro uso de drogas ilícitas (cocaína, éxtasis, metanfetamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. ¿Hay otros PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O MENTAL O DE USO DE SUSTANCIAS no mencionados que sean muy preocupantes para usted o su familia?**

**Acerca de la salud en su comunidad**

Esta sección le hace preguntas sobre los asuntos de salud que afectan a su comunidad en su conjunto.

**16. ¿Cómo describiría la salud general de la comunidad donde usted vive?**

- ☐ Excelente  
☐ Muy buena  
☐ Buena  
☐ Regular  
☐ Mal

**17. Por favor seleccione las 5 PREOCUPACIONES PRINCIPALES DE SALUD que afectan a la comunidad donde usted vive. (Seleccione hasta 5)**

- ☐ Acceso a médicos o profesionales de la salud de atención primaria  
☐ Problemas de salud del envejecimiento, por ejemplo, artritis, osteoporosis, demencia, enfermedad de Alzheimer  
☐ Cáncer  
☐ Enfermedades cardiovasculares o del corazón  
☐ Problemas de salud infantil

- ☐ Si contestó que sí, por favor especifique:  
 \_\_\_\_\_  
☐ No
- ☐ Problemas de salud crónicos, por ejemplo, obesidad, diabetes, hipertensión o colesterol alto  
☐ Salud dental o bucal  
☐ Discapacidades físicas o cognitivas  
☐ Uso de drogas, por ejemplo, alcohol, marihuana, medicamentos recetados o drogas ilícitas  
☐ Enfermedades infecciosas, como neumonía, gripe, tos ferina o hepatitis C  
☐ Lesiones, por ejemplo, accidentes automovilísticos, caídas o conmoción cerebral  
☐ Problemas de salud mental, por ejemplo, ansiedad, depresión o suicidio  
☐ Problemas respiratorios, por ejemplo, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema  
☐ Infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, VIH/SIDA, clamidia o gonorrea  
☐ Uso de tabaco o fumar  
☐ Problemas de salud de la mujer, por ejemplo, salud prenatal o materna, o salud reproductiva

**18. Indique qué tan preocupante es cada uno de los siguientes problemas de salud en la comunidad donde usted vive.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diabetes o azúcar alta en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Enfermedad del corazón o ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sobrepeso u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Indique qué tan preocupante es cada uno de los siguientes problemas de salud mental en la comunidad donde usted vive.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Ansiedad o trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depresión o trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Experiencia de trauma o trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Estrés general de la vida cotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aislamiento social o soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estigma o miedo de buscar atención por problemas de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Salud mental de jóvenes y adultos jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Comportamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Indique qué tan preocupante es cada uno de los siguientes problemas de uso de sustancias en la comunidad donde usted vive.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Estigma o miedo de buscar atención por alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uso indebido de opiáceos, por ejemplo, medicamentos para el dolor de venta con receta médica, heroína, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abuso o consumo desenfrenado de alcohol (atracones de bebida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Uso de tabaco o fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) "Vapear" (uso de cigarrillos electrónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uso recreativo de marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Otro uso de drogas ilícitas (cocaína, éxtasis, metanfetamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. ¿Hay otros PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O MENTAL O DE USO DE SUSTANCIAS que no se hayan mencionado, que sean muy preocupantes en la comunidad donde usted vive?**

☐ Si contestó que sí, por favor especifique:

☐ No

## Asuntos sociales

Las preguntas de esta sección son sobre los asuntos sociales que a veces afectan la capacidad de una persona para mantener la buena salud.

### 22. Por favor, seleccione las 5 PREOCUPACIONES SOCIALES PRINCIPALES de usted o de su familia. (Seleccione hasta 5)

- ☐ Acceso a alimentos saludables que estén a su alcance
- ☐ Acceso a servicios de cuidado de la salud
- ☐ Acceso a los medicamentos necesarios
- ☐ Participación de la comunidad, por ejemplo, conexiones sociales, participación cívica, programas para la comunidad
- ☐ Discriminación por motivos de raza, grupo étnico o idioma
- ☐ Discriminación por otras características, como género, orientación sexual, edad, peso corporal, etc.
- ☐ Educación
- ☐ Empleo
- ☐ Medio ambiente, por ejemplo, espacios verdes, calidad del agua y del aire, calidad de la vivienda, clima, etc.
- ☐ Vivienda o falta de techo
- ☐ Pobreza
- ☐ Transporte
- ☐ Violencia o delito

### 23. Por favor seleccione las 5 PREOCUPACIONES SOCIALES PRINCIPALES que afectan a la comunidad donde usted vive. (Seleccione hasta 5)

- ☐ Acceso a alimentos saludables que estén a su alcance
- ☐ Acceso a servicios de cuidado de la salud
- ☐ Acceso a los medicamentos necesarios
- ☐ Participación de la comunidad, por ejemplo, conexiones sociales, participación cívica, programa para la comunidad
- ☐ Discriminación por motivos de raza, grupo étnico o idioma
- ☐ Discriminación por otras características, como género, orientación sexual, edad, peso corporal, etc.
- ☐ Educación
- ☐ Empleo
- ☐ Medio ambiente, por ejemplo, espacios verdes, calidad del agua y del aire, calidad de la vivienda, clima, etc.
- ☐ Vivienda o falta de techo
- ☐ Pobreza
- ☐ Transporte
- ☐ Violencia o delito

### 24. Indique qué tan preocupantes son cada uno de los siguientes problemas económicos y de vivienda en la comunidad donde usted vive.

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Costo de la vivienda y asuntos relacionados con ser dueño de una vivienda (por ejemplo, pagos de la hipoteca, impuestos a la propiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Costo de la vivienda y asuntos relacionados con ser inquilino (por ejemplo, pago del alquiler, desalojo, condiciones de la vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Disponibilidad de vivienda económica para personas ancianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Falta de techo (no tener hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Costo de los servicios públicos (por ejemplo, calefacción, electricidad, agua, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Costo de los alimentos saludables, por ejemplo, tiendas de comestibles de servicio completo o mercados de agricultores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Costo del cuidado de niños, por ejemplo, en el hogar, en un centro o después de clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Disponibilidad de oportunidades educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Disponibilidad de oportunidades de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Indique qué tan preocupante es cada uno de los siguientes problemas de transporte en la comunidad donde usted vive.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Transporte a citas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Transporte al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Transporte para satisfacer necesidades básicas, por ejemplo, compra de comestibles o actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Disponibilidad de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Disponibilidad de transporte para personas ancianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Disponibilidad de transporte para personas con discapacidades físicas o cognitivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Congestión del tráfico en verano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. ¿Han utilizado usted o los miembros de su familia los servicios de transporte de la Cape Cod Regional Transit Authority (CCRTA) para viajar en el Condado de Barnstable?**

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sé

**27. ¿Sabía de la colaboración entre Peter Pan Bus Lines, Cape Cod Regional Transit Authority (CCRTA) y Cape Cod Healthcare, que auspicia el transporte entre Provincetown y los servicios de cuidado de la salud que se ofrecen en Wellfleet, Harwich y Hyannis?**

- ☐ Sí, y he usado el servicio  
☐ Sí, pero no he utilizado el servicio  
☐ No  
☐ No sé

**28. Indique qué tan preocupante es cada uno de los siguientes asuntos ambientales y de seguridad en la comunidad donde usted vive.**

	No es una preocupación	Es una preocupación leve	Es una preocupación moderada	Es una preocupación importante	No sé o no estoy seguro/a
a) Calidad del aire o del agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Salud de la vivienda, por ejemplo, calidad del aire interior, plagas, plomo, moho o humedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Disponibilidad de alimentos saludables, por ejemplo, tiendas de comestibles de servicio completo, mercados de agricultores, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Oportunidades para hacer actividad física (por ejemplo, gimnasios asequibles, senderos públicos para caminar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Seguridad peatonal o para ciclistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Delitos contra la propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Violencia en la comunidad, por ejemplo, pandillas, armas de fuego o delincuencia callejera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Violencia interpersonal, por ejemplo, violencia doméstica, violencia sexual o intimidación ("bullying")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. ¿Hay otros asuntos sociales que no se hayan mencionado, que sean preocupantes para usted, su familia o la comunidad donde usted vive?**

- ☐ Si contestó que sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No

**Acerca de su uso de la atención médica**

En esta sección se le pregunta sobre los servicios de atención médica que usted y su familia inmediata han usado en los últimos 12 meses.

**30. En los últimos 12 meses, ¿qué tipos de servicios de atención médica han usado usted o su familia? (Marque todo lo que corresponda)**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Servicios de atención primaria (por ejemplo, examen físico anual)</li> <li><input type="checkbox"/> Farmacéutico o farmacia</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios dentales</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de la vista</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de emergencia (por ejemplo, sala de emergencias de un hospital)</li> <li><input type="checkbox"/> Atención de urgencia</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de obstetricia y ginecología o de salud de la mujer, por ejemplo, de salud reproductiva, de los senos o pélvica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer (por ejemplo, de la piel, mamografías, examen de próstata)</li> <li><input type="checkbox"/> Atención o tratamiento de cáncer</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios ambulatorios, por ejemplo, análisis de sangre, radiografías o resonancias magnéticas</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación ambulatoria</li> <li><input type="checkbox"/> Cuidado de salud en el hogar</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios para personas con problemas de memoria o deterioro cognitivo</li> <li><input type="checkbox"/> Atención de salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol o drogas</li> <li><input type="checkbox"/> No usó ningún servicio de salud en el último año</li> <li><input type="checkbox"/> No sé</li> </ul> |
|--|--|



**31. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido algún servicio de telesalud o telemedicina, es decir, servicios o consultas de salud por vídeo a distancia?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

**32. Si contestó que sí, ¿qué tan satisfecho/a está con los servicios de telesalud o telemedicina que recibió?**

- ☐ Muy satisfecho/a
- ☐ Satisfecho/a
- ☐ Neutral
- ☐ Insatisfecho/a
- ☐ Muy insatisfecho/a

**33. En los últimos 12 meses, ¿alguna de las siguientes situaciones le dificultó a usted o a su familia el acceso a servicios de atención médica que necesitaban? (Marque todo lo que corresponda)**

- ☐ Falta de cuidado de niños
- ☐ Falta de transporte
- ☐ Distancia al profesional de la salud más cercano
- ☐ Estaba demasiado enfermo/a para salir de mi casa
- ☐ No tenía la tecnología o el acceso a Internet necesarios para las consultas de telesalud
- ☐ No tenía acceso a un profesional de la salud regular

**34. ¿Hay otras situaciones no mencionadas anteriormente que le hayan dificultado a usted o a su familia obtener la atención médica que necesitaban?**

- ☐ Si contestó que sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No

- ☐ No tenía poder de decisión sobre mi atención médica
- ☐ No había horario de atención nocturno o en fines de semana
- ☐ Demasiado tiempo de espera para las citas
- ☐ Dificultad para hacer las citas
- ☐ No sabía dónde había servicios disponibles
- ☐ Problemas con el seguro, falta de cobertura o cobertura insuficiente
- ☐ El seguro es complicado, no comprendo cómo funciona
- ☐ Costo de la atención, por ejemplo, recetas, copagos, etc.
- ☐ Dificultad para coordinar la atención entre los diferentes profesionales de la salud
- ☐ Problemas con el idioma, dificultad para comunicarme con el médico o el consultorio
- ☐ El profesional de la salud o el personal del consultorio no entienden mi cultura
- ☐ Mal servicio al cliente por parte del proveedor o del personal del consultorio
- ☐ Discriminación por parte del proveedor o del personal del consultorio
- ☐ Temo que no se mantenga la confidencialidad de la información de salud
- ☐ Temor a hacerme un chequeo de salud
- ☐ Temor por la situación inmigratoria
- ☐ Nada de lo anterior

**35. Cuando recibe servicios, ¿qué tan a menudo le explican las cosas de una manera fácil de entender los profesionales de la salud?**

- ☐ Siempre
- ☐ A menudo
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- ☐ No sé

## **Acerca de los servicios de cuidado de la salud en su comunidad**

Esta pregunta le pide su opinión sobre la disponibilidad de servicios de cuidado de la salud en su comunidad.

**36. Al pensar en el acceso a los diferentes tipos de servicios de salud en su comunidad, ¿cuáles de los siguientes diría que son MUY FÁCILES DE ACCEDER (marque todo lo que corresponda).**

- ☐ Servicios de tratamiento por abuso de alcohol o drogas para adultos (mayores de 18 años)
- ☐ Servicios de tratamiento por abuso de alcohol o drogas para jóvenes (menores de 18 años)
- ☐ Atención o tratamiento de cáncer
- ☐ Pruebas de detección de cáncer
- ☐ Consejería o atención de salud mental para adultos (mayores de 18 años)
- ☐ Consejería o atención de salud mental para niños o adolescentes (menores de 18 años)
- ☐ Servicios de salud dental o bucal
- ☐ Servicios de un departamento de emergencias
- ☐ Servicios médicos o de salud para niños o adolescentes (menores de 18 años)
- ☐ Servicios médicos o de salud para personas mayores de 65 años
- ☐ Servicios médicos o de salud para mujeres, por ejemplo, salud reproductiva, embarazo, salud de los senos, salud pélvica
- ☐ Servicios de hospital
- ☐ Inmunización o vacunación
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Servicios ambulatorios, por ejemplo, análisis de laboratorio, radiografías o estudios por resonancia magnética
- ☐ Servicios de farmacia y medicamentos
- ☐ Fisioterapia (terapia física)
- ☐ Médicos de atención primaria
- ☐ Atención especializada, por ejemplo, ortopedia, cardiología o dermatología
- ☐ Servicios de atención de urgencias
- ☐ Cuidado de la vista
- ☐ Nada de lo anterior

**37. Al pensar en el acceso a los diferentes tipos de servicios de salud en su comunidad, ¿cuáles de los siguientes diría que son MUY DIFÍCILES DE ACCEDER (marque todo lo que corresponda).**

- ☐ Servicios de tratamiento por abuso de alcohol o drogas para adultos (mayores de 18 años)
- ☐ Servicios de tratamiento por abuso de alcohol o drogas para jóvenes (menores de 18 años)
- ☐ Atención o tratamiento de cáncer
- ☐ Pruebas de detección de cáncer
- ☐ Consejería o atención de salud mental para adultos (mayores de 18 años)
- ☐ Consejería o atención de salud mental para niños o adolescentes (menores de 18 años)
- ☐ Servicios de salud dental o bucal
- ☐ Servicios de un departamento de emergencias
- ☐ Servicios médicos o de salud para niños o adolescentes (menores de 18 años)
- ☐ Servicios médicos o de salud para personas mayores de 65 años
- ☐ Servicios médicos o de salud para mujeres, por ejemplo, salud reproductiva, embarazo, salud de los senos, salud pélvica
- ☐ Servicios de hospital
- ☐ Inmunización o vacunación
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Servicios ambulatorios, por ejemplo, análisis de sangre o radiología (radiografías o resonancias magnéticas)
- ☐ Servicios de farmacia y medicamentos
- ☐ Fisioterapia (terapia física)
- ☐ Médicos de atención primaria
- ☐ Atención de especialistas, por ejemplo, ortopedia, cardiología o dermatología
- ☐ Servicios de atención de urgencias
- ☐ Cuidado de la vista
- ☐ Nada de lo anterior

## Acerca de las prioridades en su comunidad

En esta sección se le pide su opinión sobre los asuntos o las preocupaciones que usted cree que deberían ser una prioridad en su comunidad.

**38. Por favor seleccione los 5 SERVICIOS PRINCIPALES DE CUIDADO DE LA SALUD que usted cree que deberían ser una prioridad en su comunidad. (Seleccione hasta 5)**

- ☐ Servicios de prevención y tratamiento del alcoholismo o la drogadicción
- ☐ Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- ☐ Servicios de consejería o salud mental
- ☐ Disponibilidad de servicios de cuidado de la salud para personas de bajos ingresos
- ☐ Servicios médicos y de salud que estén cerca y a los cuales sea fácil llegar
- ☐ Servicios médicos o de salud que estén abiertos en un horario más amplio o más días de la semana
- ☐ Servicios de cuidado de la salud para personas mayores de 65 años
- ☐ Servicios de cuidado de la salud para niños y adolescentes (menores de 18 años)

- ☐ Servicios de atención médica para mujeres, por ejemplo, embarazo, controles de salud de rutina o salud pélvica
- ☐ Ayuda a los pacientes para navegar el sistema de atención médica
- ☐ Profesionales de salud dental o bucal
- ☐ Servicios ambulatorios, por ejemplo, análisis de sangre o radiología (radiografías o resonancias magnéticas)
- ☐ Servicios de farmacia o medicación (conseguir y comprender los medicamentos)
- ☐ Programas o servicios para la prevención o el manejo de problemas crónicos, enfermedad del corazón, cáncer o diabetes
- ☐ Programas o servicios de actividad física, nutrición o para la obesidad o el control del peso
- ☐ Programas o servicios para el bienestar, por ejemplo, meditación, yoga o acupuntura
- ☐ Programas o servicios para dejar de fumar
- ☐ Personal que hable otros idiomas además de inglés
- ☐ Servicios de atención médica especializada, por ejemplo, cardiología, ortopedia o dermatología
- ☐ Tecnología y acceso a Internet para ayudar a los pacientes a conectarse a servicios de telesalud
- ☐ Tecnología que ayude a los pacientes a vigilar y a mantener la buena salud, por ejemplo, aplicaciones de salud para teléfonos inteligentes
- ☐ Transporte a servicios médicos y de salud en la zona
- ☐ Servicios de atención de urgencias

**39. ¿Hay otros SERVICIOS DE cuidado de la salud que no se hayan mencionado, que usted crea que deberían ser una prioridad en su comunidad?**

- ☐ No
- ☐ Si contestó que sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**40. Por favor, seleccione los 5 SERVICIOS SOCIALES Y HUMANOS que usted cree que deberían ser una prioridad en su comunidad. (Seleccione hasta 5)**

- ☐ Servicios de cuidado de niños
- ☐ Actividades para la comunidad, por ejemplo, clases o programas para jóvenes o familias, programas en la biblioteca o conciertos al aire libre
- ☐ Servicios de apoyo educativo, por ejemplo, para aprender idiomas o para la primera infancia (niños pequeños)
- ☐ Servicios de empleo (incluye capacitación laboral y preparación para el trabajo)
- ☐ Oportunidades para hacer actividad física
- ☐ Servicios de asistencia financiera
- ☐ Servicios de alimentos, por ejemplo, cupones de alimentos o educación y apoyo nutricional
- ☐ Servicios de vivienda, por ejemplo, servicios para personas sin hogar o con problemas de vivienda
- ☐ Asistencia con el combustible o la calefacción para el hogar
- ☐ Servicios legales, por ejemplo, asistencia legal, educación sobre sus derechos o acceso a información
- ☐ Servicios para el cuidado de la memoria, por ejemplo, para la demencia o la enfermedad de Alzheimer
- ☐ Seguridad en el hogar, el vecindario o la escuela
- ☐ Servicios de transporte para personas con discapacidades físicas o cognitivas
- ☐ Servicios para jóvenes
- ☐ Apoyo y servicios para personas mayores para ayudarles a seguir viviendo de forma independiente
- ☐ Servicios de transporte

**Acerca de usted**

Esta última sección le hace preguntas demográficas sobre usted. Esta información nos ayudará a comprender la variedad de personas que contestaron esta encuesta, y permitirá que Cape Cod Healthcare entienda las necesidades de su población diversa de pacientes.

**41. ¿Qué idioma es el que se habla MÁS A MENUDO en su casa?**

- ☐ Inglés
- ☐ Portugués
- ☐ Español
- ☐ Criollo haitiano
- ☐ Francés
- ☐ Mandarín
- ☐ Otra respuesta (favor de especificar) \_\_\_\_\_
- ☐ Prefiero no contestar

**42. ¿Cuáles de las siguientes categorías son la que mejor lo/a describen? (Marque todo lo que corresponda)**

- ☐ Persona blanca o europea (por ejemplo, de ascendencia alemana, irlandesa, inglesa, italiana, polaca, francesa, etc.)
- ☐ Brasileño/a o portugués
- ☐ Hispano/a, latino/a o hispanohablante, por ejemplo, persona mexicana o mexicano americana, puertorriqueña, cubana o salvadoreña
- ☐ Negro/a o afroamericano/a (por ejemplo, persona haitiana, afroamericana, jamaicana, nigeriana, etíope, somalí, etc.)
- ☐ Del oriente medio o el norte de África, por ejemplo, persona libanesa, iraní, egipcia, siria, marroquí o argelina
- ☐ Asiático/a, por ejemplo, persona china, filipina, indoasiática, vietnamita, coreana o japonesa
- ☐ Indígena americano/a o nativo/a de Alaska, por ejemplo, wampanoag, navajo, pies negros, maya, azteca o esquimal
- ☐ Nativo/a de Hawai o de otra isla del Pacífico, por ejemplo, de Samoa, Tonga, Fiji o las Islas Marshall
- ☐ Otra raza, grupo étnico u origen
- ☐ Prefiero no contestar

**43. ¿Cuántos años tiene?**

- ☐ Menos de 18
- ☐ 18 a 24
- ☐ 25 a 34
- ☐ 35 a 44
- ☐ 45 a 54
- ☐ 55 a 64
- ☐ 65 a 74
- ☐ 75 a 84
- ☐ 85 años o más
- ☐ Prefiero no decirlo.

**44. ¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que ha completado? (Si actualmente estudia, por favor indique el título más alto que ha obtenido.)**

- ☐ Nunca fui a la escuela
- ☐ Menos que un diploma de escuela secundaria ("high school")
- ☐ Diploma de escuela secundaria o título equivalente (por ejemplo, GED)
- ☐ Graduado de una escuela técnica o de oficios
- ☐ Algunos estudios universitarios, sin título
- ☐ Título universitario de dos años, por ejemplo, AA o AS en inglés
- ☐ Licenciatura, por ejemplo, BA o BS en inglés

- ☐ Título de posgrado o profesional, por ejemplo, maestría o doctorado
- ☐ Prefiero no contestar

**45. ¿Cuáles son sus ingresos anuales?**

- ☐ Menos de \$35,000
- ☐ De \$35,000 a \$74,999
- ☐ De \$75,000 a \$99,999
- ☐ De \$100,000 a \$149,999
- ☐ \$150,000 o más
- ☐ No sé o prefiero no contestar

**46. ¿Cuál es su identidad de género? (Marque una respuesta.)**

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Transgénero
- ☐ No binario
- ☐ Prefiero explicarlo a mi manera: \_\_\_\_\_
- ☐ Prefiero no contestar

**47. ¿Cuál es su orientación sexual? (Marque una sola respuesta.)**

- ☐ Heterosexual
- ☐ Gay
- ☐ Lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ No estoy seguro/a, lo estoy decidiendo
- ☐ Prefiero explicarlo a mi manera: \_\_\_\_\_
- ☐ Prefiero no contestar

**48. ¿Cómo se enteró de esta encuesta?**

- ☐ Cape Cod Health News
- ☐ Redes sociales (Facebook, LinkedIn)
- ☐ Medios impresos
- ☐ Una organización comunitaria que nos brinda servicios a mí o a mi familia
- ☐ Mi empleador
- ☐ Amigo o familiar