

# Evaluación de las necesidades de la comunidad de Rockbridge y sus alrededores

El Rockbridge Area Health Center está trabajando para aprender más sobre sus necesidades de asistencia médica. Pedimos que sólo una persona de cada hogar complete la encuesta. ¡Gracias!

1. ¿En los últimos dos años, ha ido alguien de su hogar a algún sitio para la asistencia médica?

*Si no, vaya a la pregunta 3*

Sí  No

2. ¿A dónde fueron las personas para recibir atención?

*Marque todos los que se apliquen*

Consultorio médico  Sala de emergencias  
 Rockbridge Area Health Center  Otros: \_\_\_\_\_

3. ¿En los últimos dos años, ha ido alguien de su hogar a algún sitio para la atención dental?

*Si no, vaya a la pregunta 5*

Sí  No

4. ¿Dónde fueron las personas a recibir atención?

*Marque todos los que se apliquen*

Consultorio médico  Sala de emergencias  
 Programa dental en la escuela  Rockbridge Area Health Center  
 Mountain View Family Dentistry  Otros: \_\_\_\_\_

5. ¿En los últimos dos años, ¿ha ido alguien de su hogar a algún sitio para ayuda con el estrés, la ansiedad, la salud mental o los problemas con alcohol y/o drogas?

*Si no, vaya a la pregunta 7*

Sí  No

6. ¿A dónde fueron las personas para recibir atención?

*Marque todos los que se apliquen*

Rockbridge Area Community Services  La sala de emergencias  
 El consultorio del médico/terapeuta  Rockbridge Area Health Center  
 Otros: \_\_\_\_\_

7. En el caso de que alguien no buscara la ayuda médica, ¿por qué no fue usted o las personas de su hogar a buscar la asistencia médica, dental, de la salud mental o ayuda con problemas con alcohol y/o drogas?

*Marque todos los que se apliquen*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demasiado caro   | <input type="checkbox"/> No tenemos transporte               |
| <input type="checkbox"/> No confiamos en médicos/clínicas   | <input type="checkbox"/> La oración y Dios cuida de nosotros |
| <input type="checkbox"/> Alguien en nuestra familia nos cuida                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Utilizamos remedios alternativos, naturales y herbales                   |  |
| <input type="checkbox"/> La ubicación de la oficina / clínica está demasiado lejos                |  |
| <input type="checkbox"/> Los horarios de oficina / clínica no son convenientes                    |  |
| <input type="checkbox"/> No hay nadie que cuide a mis hijos para que pueda ir al médico / clínica |  |
| <input type="checkbox"/> No necesitábamos servicios médicos, dentales o de salud mental           |  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   |  |

8. En los últimos 2 años, ¿ha ido usted o alguien de su hogar a la sala de emergencias?

*Si no, vaya a la pregunta 10*

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Una vez        | <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces |
| <input type="checkbox"/> Más de 3 veces | <input type="checkbox"/> Nunca       |

9. Si sí, por favor, cuéntenos por qué usted o alguien de su hogar usó la sala de emergencias en su última visita.

*Marque todos los que se apliquen*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente   | <input type="checkbox"/> Enfermedad                         |
| <input type="checkbox"/> Problema dental   | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental o estrés |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol o las drogas                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Problema de salud continuo como diabetes, presión arterial alta, asma |   |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____  |   |

10. Si usted o alguien de su hogar tiene seguro médico, ¿de qué tipo es?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cobertura proporcionada por el empleador |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros o gastos para la salud |                                       |
| <input type="checkbox"/> Seguro que ha comprado                   | <input type="checkbox"/> Medicare     |
| <input type="checkbox"/> Suplemento de Medicare                   | <input type="checkbox"/> Medicaid     |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Tricare/Veteranos          | <input type="checkbox"/> No sé        |
| <input type="checkbox"/> No tenemos seguro                        | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

11. ¿Su seguro médico cubre la mayoría de las necesidades de atención médica de su hogar?

*En caso afirmativo, vaya a la pregunta 13*

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

12. Si no, para usted o las personas de su hogar, ¿qué cosas son difíciles de pagar?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Pruebas (laboratorios, radiografías, mamografías, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Co-país      | <input type="checkbox"/> Deducible   |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ |  |

13. ¿Tiene hijos viviendo en su casa?

*Si no, vaya a la pregunta 17*

- Sí       No

14. ¿Cuántos niños (menores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para los servicios médicos?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1                                   | <input type="checkbox"/> 2       |
| <input type="checkbox"/> 3                                   | <input type="checkbox"/> 4       |
| <input type="checkbox"/> 5                                   | <input type="checkbox"/> 6 o más |
| <input type="checkbox"/> Ninguno, todos tienen seguro médico |                                  |

15. ¿Cuántos niños (menores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para los servicios de dental?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1                                   | <input type="checkbox"/> 2       |
| <input type="checkbox"/> 3                                   | <input type="checkbox"/> 4       |
| <input type="checkbox"/> 5                                   | <input type="checkbox"/> 6 o más |
| <input type="checkbox"/> Ninguno, todos tienen seguro dental |                                  |

16. ¿Muchos niños (menores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para servicios de salud mental?

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2       |
| <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> 4       |
| <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 6 o más |
| <input type="checkbox"/> Ninguno, todos tienen seguro de salud mental |                                  |

17. ¿Cuántos adultos (mayores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para servicios médicos?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1                                   | <input type="checkbox"/> 2       |
| <input type="checkbox"/> 3                                   | <input type="checkbox"/> 4       |
| <input type="checkbox"/> 5                                   | <input type="checkbox"/> 6 o más |
| <input type="checkbox"/> Ninguno, todos tienen seguro médico |                                  |

18. ¿Cuántos adultos (mayores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para servicios de dental?

- |                          |                                     |                          |         |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1                                   | <input type="checkbox"/> | 2       |
| <input type="checkbox"/> | 3                                   | <input type="checkbox"/> | 4       |
| <input type="checkbox"/> | 5                                   | <input type="checkbox"/> | 6 o más |
| <input type="checkbox"/> | Ninguno, todos tienen seguro dental |                          |         |

19. ¿Cuántos adultos (mayores de 18 años) que viven en su hogar NO tienen seguro para servicios de salud mental?

- |                          |  |                          |         |
|--------------------------|--|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1  | <input type="checkbox"/> | 2       |
| <input type="checkbox"/> | 3  | <input type="checkbox"/> | 4       |
| <input type="checkbox"/> | 5  | <input type="checkbox"/> | 6 o más |
| <input type="checkbox"/> | Ninguno, todos tienen seguro de salud mental |                          |         |

20. ¿La falta de transporte ha impedido que usted o alguien de su hogar llegue a las citas médicas, reuniones, trabajo o que consigan las cosas necesarias para la vida cotidiana?

*Marque todo lo que corresponda*

- Sí, me ha impedido las citas médicas o recibir medicamentos.
- Sí, me ha impedido reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria.
- No
- Elijo no responder a esta pregunta

21. Durante el año pasado, ¿ha sido imposible que usted o alguien de su hogar obtuviera lo siguiente cuando era muy necesario?

*Marque todo lo que se aplica*

\* Use **Otros** para escribir en cualquier necesidad que no haya podido obtener.

- |                          |  |                          |                  |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Viveres  | <input type="checkbox"/> | Utilidades       |
| <input type="checkbox"/> | Ropa   | <input type="checkbox"/> | Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> | Teléfono   | <input type="checkbox"/> | Internet         |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos o cualquier atención médica (médica, dental, de salud mental o de la vista) |                          |                  |
| <input type="checkbox"/> | Soy capaz de satisfacer adecuadamente mis necesidades                                    |                          |                  |
| <input type="checkbox"/> | Elijo no responder a esta pregunta   |                          |                  |
| <input type="checkbox"/> | Otros: _____   |                          |                  |

22. Durante el año pasado, si usted o alguien de su hogar ha tenido que recibir asistencia para las cosas de la lista de la pregunta anterior, ¿dónde recibió esa asistencia?

*Marque todo lo que corresponda*

- |                          |           |                          |                        |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CHASQUEAR | <input type="checkbox"/> | Despensa de alimentos  |
| <input type="checkbox"/> | WIC       | <input type="checkbox"/> | Horizonte del proyecto |
| <input type="checkbox"/> | RARA      | <input type="checkbox"/> | No necesité ayuda      |

23. ¿Cuál es la situación laboral actual de los adultos de su hogar?

Marque todo lo que corresponda

- Trabajo a tiempo completo a través del empleador
- Trabajo a tiempo completo autónomo
- Trabajo a tiempo parcial o temporal a través del empleador
- Trabajo a tiempo parcial por cuenta propia
- Desempleado
- Desempleados pero que no buscan trabajo, por ejemplo: estudiante, discapacitado, cuidador no remunerado, etc.
- Jubilado
- Elijo no responder a esta pregunta
- Otros: \_\_\_\_\_

24. ¿Cuántas personas menores de la edad de 18 años viven en su casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más
- Ninguno

25. ¿Cuántas personas entre las edades de 18 a 64 años viven en su hogar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más
- Ninguno

26. ¿Cuántas personas de la edad 65 años o mayor viven en su hogar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más
- Ninguno

27. ¿En qué localidad vives?

- Ciudad de Lexington
- Ciudad de Buena Vista
- Ciudad de Covington
- Ciudad de Staunton
- Condado de Botetourt
- Condado de Rockbridge
- Condado de Allegheny
- Condado de Augusta
- Ciudad de Waynesboro
- Otros: \_\_\_\_\_

28. ¿Cuál es el tamaño de su hogar?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivo solo                         | <input type="checkbox"/> 2 personas viven en mi casa |
| <input type="checkbox"/> 3 personas viven en mi casa       | <input type="checkbox"/> 4 personas viven en mi casa |
| <input type="checkbox"/> 5 personas viven en mi casa       | <input type="checkbox"/> 6 personas viven en mi casa |
| <input type="checkbox"/> 7 o más personas viven en mi casa | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar          |

29. ¿Cuál es el ingreso total anual de su hogar?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de \$15,000   | <input type="checkbox"/> \$15,001 a \$20,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001 a \$25,000 | <input type="checkbox"/> \$25,001 a \$35,000 |
| <input type="checkbox"/> \$35,001 a \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001 a \$55,000 |
| <input type="checkbox"/> \$55,001 a \$65,000 | <input type="checkbox"/> \$65,001 a \$75,000 |
| <input type="checkbox"/> \$75,001 o más      | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar  |

30. Gracias por completar nuestra encuesta. Si quiere entrar en una lotería para ganar una tarjeta regalo de \$50, por favor, provea su nombre y número de teléfono. Como es una encuesta anónima, sus respuestas no serán asociadas con esta información.