



El propósito de esta encuesta es entender mejor sus opiniones sobre su salud y la salud de la comunidad del Condado de Yolo. Los resultados ayudarán a la subdivisión de la comunidad de Servicios Humanos y de la Salud del Condado de Yolo, hospitales del área (Woodland Memorial Hospital, Sutter Davis) y clínicas comunitarias locales a apoyan iniciativas de salud importantes y proyectos para mejorar la salud de los residentes del Condado de Yolo.

Para participar en la encuesta le pedimos que cumpla con lo siguiente:

- Que usted viva en el Condado de Yolo
- Que usted entienda que tomar esta encuesta es voluntario
- Que usted acepte tomar la encuesta una sola vez

Apreciamos profundamente su tiempo ya que sabemos que es valioso. La encuesta sólo tardará unos 10 minutos. Si usted desea participar para ganar una tarjeta de regalo visa de \$30, llene, separe y devuelva la parte inferior de la última página de su encuesta. Habrá por lo menos diez ganadores seleccionados.

## Información de origen

### 1. ¿En qué ciudad del Condado de Yolo Vive?

- |                                     |  |                                      |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clarksburg | <input type="checkbox"/> Knights Landing | <input type="checkbox"/> Yolo        |
| <input type="checkbox"/> Davis      | <input type="checkbox"/> Madison         | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dunnigan   | <input type="checkbox"/> West Sacramento | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Esparto    | <input type="checkbox"/> Winters         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Guinda     | <input type="checkbox"/> Woodland        |                                      |

### 2. ¿Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Yolo?

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> 5 – 9 años   | <input type="checkbox"/> Más de 20 años |
| <input type="checkbox"/> 1 – 4 años     | <input type="checkbox"/> 10 – 20 años |   |

### 3. ¿Cuál es su edad?

- |                                      |                                 |  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 | <input type="checkbox"/> 45-54  | <input type="checkbox"/> 85 o mayor          |
| <input type="checkbox"/> 19-24       | <input type="checkbox"/> 55-64  | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> 25-34       | <input type="checkbox"/> 65- 74 |  |
| <input type="checkbox"/> 35-44       | <input type="checkbox"/> 75-84  |  |

### 4. ¿Es usted Hispano o Latino?

- |   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí (Hispano, Latino) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
|---|-----------------------------|--|

### 5. ¿Con qué raza se identifica más?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático            | <input type="checkbox"/> Nativo americano/Indígenas                  |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otros Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                 |

### 6. ¿Cuál es su identidad de género actual?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer                                | <input type="checkbox"/> No quiero responder                       |
| <input type="checkbox"/> Hombre                               | <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor describa): |
| <input type="checkbox"/> Género Queer                         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero /Trans hombre/HAM |  |
| <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/Trans mujer/MAH    |  |



**7. ¿Cuál es su orientación sexual?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bisexual        | <input type="checkbox"/> Heterosexual              |
| <input type="checkbox"/> Gay             | <input type="checkbox"/> No quiero responder       |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana        | <input type="checkbox"/> Prefiero describirme como |
| <input type="checkbox"/> Queer           |  |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro |  |
- 

**8. ¿Cuál describe su situación actual de empleo?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Desempleado   | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Medio tiempo    | <input type="checkbox"/> Discapacitado |  |
| <input type="checkbox"/> Retirado        | <input type="checkbox"/> Estudiante    |  |

**9. ¿Cuál es o fue su ocupación principal?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabador de la Ciudad, Condado, o del Estado | <input type="checkbox"/> Restaurante/comida rápida |
| <input type="checkbox"/> Construcción                                 | <input type="checkbox"/> Tienda                    |
| <input type="checkbox"/> Educación                                    | <input type="checkbox"/> Técnico/profesional       |
| <input type="checkbox"/> Agrícola                                     | <input type="checkbox"/> Transporte o camionero    |
| <input type="checkbox"/> Salud  | <input type="checkbox"/> Trabaja desde casa        |
| <input type="checkbox"/> Obrero/fábrica                               | <input type="checkbox"/> Estudiante                |
| <input type="checkbox"/> Empresa de servicios públicos o eléctricos   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                  |  |

**10. ¿Si usted es un estudiante, que describe su inscripción actual?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Medio tiempo |
|--|---------------------------------------|

**11. ¿En cual Colegio/Universidad/Escuela/programa está inscrito?**

---

**12. ¿Qué idioma (s) habla principalmente en casa?**

- |  |                                      |                               |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés              | <input type="checkbox"/> Español     | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> No quiero responder | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                               |

**13. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluyéndose usted mismo?**

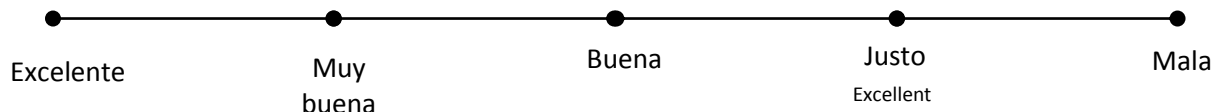
**14. ¿Cuál es el ingreso familiar anual?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000   | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 a \$249,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999 | <input type="checkbox"/> \$250,000 o mayor     |
| <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999 | <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999 | <input type="checkbox"/> No quiero responder   |
| <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,000 |  |



## Su salud personal

**15. En general, usted describiría su estado de salud general actual como:**



**16. ¿Tiene una condición que limita una o más actividades físicas?**

- Sí
  - Caminar, subir escaleras, alcanzar, levantar, o llevar
  - Vestirse, bañarse o desplazarse por el interior de su casa
  - Salir de la casa para ir de compras o visitar al médico
  - Dificultad para trabajar en un empleo o negocio
  - Otro: \_\_\_\_\_
- No

**17. ¿Alguna vez le han dicho un médico que tiene: (marque todos los que correspondan)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma, enfermedad pulmonar, COPD, enfisema              | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune (como el lupus, diabetes tipo 1) | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Problema de drogas o alcohol         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (diabetes tipo 2, diabetes gestacional)       | <input type="checkbox"/> Incapacidad física                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas                                 | <input type="checkbox"/> Obesidad, sobrepeso                  |
|   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                          |

**18. ¿Hubo alguna vez, durante los últimos 12 meses, que sintiera que podría necesitar ver a un profesional debido a problemas con su salud mental, emocional, nerviosismo, o uso de alcohol o drogas?**

- Sí (Si es Sí, siga con la pregunta 18a)       No (Si es NO, siga con la pregunta 19)

**18a. Si es así, ¿Ha visto a un médico o profesional de la salud mental (consejero, psiquiatra o trabajador social) por problemas con su salud mental, emocional, nerviosismo, o el uso de alcohol o drogas?**

- Sí (Si es Sí, siga con la pregunta 19)  
 No (Si es NO, siga con la pregunta 18b)

**18b. Si es no, usted no buscó atención médica, ¿por qué no? (marque todos los que correspondan)**

- Me preocupaba el costo del tratamiento
- No me sentía cómodo hablando con un profesional sobre mis problemas personales.
- Me preocupaba lo que pasarían si alguien se enterara de que tenía un problema.
- Mi seguro no cubre el tratamiento para problemas de salud mental.
- No pude conseguir una cita.
- No sabía a dónde ir para pedir ayuda.
- Otro: \_\_\_\_\_



**19. ¿Tiene seguro médico?**

- Sí (Si es Sí, siga con la pregunta 19a)  No (Si es NO, siga con la pregunta 19b)

**19a. Si es sí, tiene seguro médico, ¿qué tipo?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Privado- Empleador privado o empleador de otra persona | <input type="checkbox"/> Militar o Veterano |
| <input type="checkbox"/> Privado – Covered California                           | <input type="checkbox"/> Otro gobierno      |
| <input type="checkbox"/> Privado – plan individual                              | <input type="checkbox"/> No lo sé           |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal   | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |
| <input type="checkbox"/> Medicare   |   |

**19b. Si es no, si usted NO tiene seguro de salud: ¿Planea obtener un seguro de salud a través de Covered California?**

- Sí  No  No estoy seguro

**19c. ¿Es usted elegible para Medi-Cal or Medicare?**

- Sí  No  No sé

**20. ¿Ha visto a un médico en los últimos 12 meses?**

- Sí (Si es Sí, siga 20a)  No

**20a. Si es SI, he visto a un médico en los últimos 12 meses: ¿Cuántas veces vio a su médico en los últimos 12 meses?**

- Una vez  6 o mas veces  
 2 a 5 veces  No lo sé

**20b. ¿Le hubiera gustado (o sintió que necesitaba) ver a un médico más a menudo que esto?**

- Sí  No

**21. ¿Que tan lejos viaja par aver a su médico habitual?**

- |                                       |                                       |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0-4 millas   | <input type="checkbox"/> 15-19 millas | <input type="checkbox"/> Más de 30 millas |
| <input type="checkbox"/> 5-9 millas   | <input type="checkbox"/> 20-24 millas |   |
| <input type="checkbox"/> 10-14 millas | <input type="checkbox"/> 25-29 millas |   |

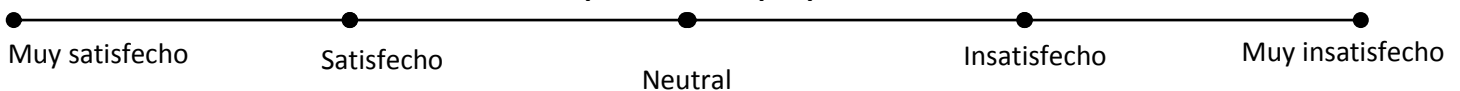
**22. ¿Cuánto tiempo normalmente le toma desde su casa, para llegar al consultorio de su médico regular?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0-14 minutos  | <input type="checkbox"/> 30-44 minutos | <input type="checkbox"/> Más de una hora |
| <input type="checkbox"/> 15-29 minutos | <input type="checkbox"/> 45-59 minutos |  |

**23. Cuando usted llamó la última vez a la clínica médica para una cita, ¿Qué tan rápido podría ser visto por un médico?**

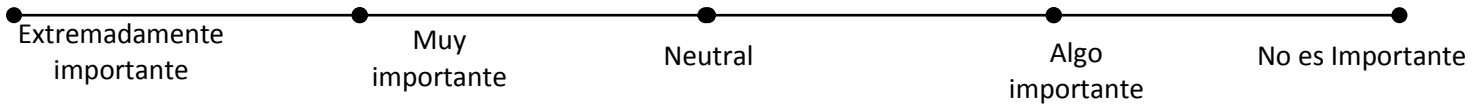
- \_\_\_\_\_ días o \_\_\_\_\_ semanas o  No lo sé

**24. ¿Que tan satisfecho estaba usted con la rapidez con la que pudo obtener una cita?**





**25. ¿Qué tan importante es para usted tener servicios regulares de salud y exámenes médicos?**



**26. ¿Ha recibido servicios de salud o exámenes médicos en los últimos 12 meses?**

- Sí  No (Si es no, vaya a 26a)

**26a. Si es no, por favor marque todos los que apliquen.**

- Tengo que esperar demasiado tiempo para ver a un médico
- Yo estaba/estoy demasiado ocupado
- El doctor no habla el mismo idioma que yo
- No tenía transportación a la clínica médica
- La clínica médica no está abierta todo el tiempo, por lo que es difícil conseguir una cita
- No hay suficientes médicos en mi área, por lo que es difícil conseguir una cita
- Yo tenía/No tengo ningún seguro de salud
- Yo tenía/Tengo seguro médico, pero no cubre todos mis costos
- No necesité servicios de salud ni exámenes médicos porque no estaba enfermo
- No confío en los proveedores de atención médica
- No estoy seguro/no lo sé
- Otro: \_\_\_\_\_

**27. ¿Visitó la sala de emergencias en los últimos 12 meses?**

- Sí (Si es sí, vaya a la pregunta 27a)  No (Si es no, vaya a la pregunta 28)

**27a. Si es sí, en su última visita, fue porque usted: (marque todos los que apliquen)**

- Tenía una enfermedad o lesión que amenazaba su vida
- No se pude obtener una cita de atención urgente con mi médico
- Me enfermé o me lesioné antes de las 8:00 AM o después de las 5:00 PM en un día entre semana
- Me enfermé o me lesioné durante el fin de semana
- Necesitaba surtir una receta
- Pensé que parecía más conveniente que esperar para una cita
- No tengo un médico regular, esta es mi fuente habitual de atención

**28. ¿Se enfermó o se lesionó en el trabajo en los últimos 12 meses?**

- Sí (si es sí, vaya a 28A)  No (Si es no, vaya a 29)  No aplica (no estaba trabajando)

**28a. Si es sí, ¿buscó atención médica para su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo?**

- Sí  No

**28b. Si es no, Por qué no?** \_\_\_\_\_

**29. ¿Tiene seguro dental?**

- Sí  No  No estoy seguro

**30. ¿Ha ido en el dentista en los últimos 12 meses?**

- Sí  No



## Estado de salud de la comunidad del Condado de Yolo

### 31. ¿Cuáles cree que son los tres mayores PROBLEMAS DE SALUD que más afectan a nuestra comunidad?

*Elija tres (3):*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo  | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (p.ej. hepatitis, tuberculosis, etc.) | <input type="checkbox"/> Abuso sexual                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental                                      | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Maltrato y negligencia infantil                    | <input type="checkbox"/> Vehículos motorizados /accidentes de bicicleta                 | <input type="checkbox"/> Infarto                            |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales                                 | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Embarazo de adolescentes           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Partos deficientes   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud asociados con el envejecimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias/ enfermedad pulmonar, asma          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> Homicidio  |   |   |

### 32. ¿Cuáles cree que son los tres COMPORTAMIENTOS INDIVIDUALES que son los más responsables de los problemas de salud en nuestra comunidad? Elija tres (3):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol                                      | <input type="checkbox"/> No recibir "inyecciones" (vacunas) para prevenir enfermedades       | <input type="checkbox"/> Sexo adolescente            |
| <input type="checkbox"/> Crimen/violencia                                      | <input type="checkbox"/> No obtener revisiones periódicas de un proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> sexo sin protección         |
| <input type="checkbox"/> Manejar distraído                                     | <input type="checkbox"/> Mala nutrición/hábitos alimenticios                                 | <input type="checkbox"/> Uso de armas/armas de fuego |
| <input type="checkbox"/> Violencia domestica o de pareja íntima                | <input type="checkbox"/> Tabaquismo/uso de tabaco  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Conducir borracho/drogado                             | <input type="checkbox"/> Suicidio  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Falta de ejercicio                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Estrés/falta de habilidades para afrontar situaciones |  |  |

### 33. ¿Cuáles cree que son las tres CIRCUNSTANCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS más responsables de las cuestiones de salud en nuestra comunidad? Elija tres (3):

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barreras culturales                                   | <input type="checkbox"/> No hay suficiente comida (inseguridad alimentaria) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda                                     | <input type="checkbox"/> Pobreza  | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de educación / no tener alto grado de educación | <input type="checkbox"/> Racismo and discriminación                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Barreras del idioma                                   | <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero                                |                                      |
| <input type="checkbox"/> No tener seguro médico                                | <input type="checkbox"/> Desempleo  |                                      |

### 34. ¿Cuáles cree que son los tres PROBLEMAS MEDIOAMBIENTALES que son más responsables de los problemas de salud en nuestra comunidad? Elija tres (3):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Humo del cigarrillo                    | <input type="checkbox"/> Falta de acceso a lugares de actividad física                      | <input type="checkbox"/> Pobres condiciones de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Agua potable contaminada               | <input type="checkbox"/> Falta de transporte público  | <input type="checkbox"/> Diseño pobre de vecindario     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de inundación/drenaje        | <input type="checkbox"/> Falta de pasadizos peatonales seguros y de pasadizos de bicicletas | <input type="checkbox"/> Tránsito                       |
| <input type="checkbox"/> Calor/días calurosos                   | <input type="checkbox"/> Uso de pesticidas  | <input type="checkbox"/> Basura en calles y aceras      |
| <input type="checkbox"/> Falta de acceso a alimentos saludables |   | <input type="checkbox"/> Contaminación del aire         |
|   |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
|   |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |



**35. ¿Cuáles cree que son los tres factores más importantes de una "COMUNIDAD SANA"? Elija tres (3):**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso a guardería             | <input type="checkbox"/> Menos crimen/vecindarios seguros  | sociales de extensión comunitaria)                                     |
| <input type="checkbox"/> Acceso a la salud              | <input type="checkbox"/> Parques e instalaciones recreativas   | <input type="checkbox"/> Tiempo para la familia                        |
| <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables  | <input type="checkbox"/> Lugar seguro para criar a los niños   | <input type="checkbox"/> Tolerancia a la diversidad                    |
| <input type="checkbox"/> Vivienda asequible             | <input type="checkbox"/> Agencias de apoyo (organizaciones basadas en la fe, grupos de apoyo, trabajadores | <input type="checkbox"/> Comunidad bien informada sobre temas de salud |
| <input type="checkbox"/> Calidad del aire               |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Participación de la comunidad  |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de ancianos            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buenas escuelas                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Areas verdes/espacios abiertos |  |  |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de trabajo       |  |  |

**36. ¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su salud personal o el estado de salud de la comunidad del Condado de Yolo?**

Por favor entregue esta encuesta antes de irse o puede llevarla con usted para completarla más tarde y dejarla en el recibidor de cualquiera de las ubicaciones de HHSa que se muestran a continuación:

DAVIS	WEST SACRAMENTO	WINTERS	WOODLAND
600 A St.	500 Jefferson Blvd.	111 E. Grant Ave	Edificio Gonzales 25 N. Cottonwood St.
			Edificio Bauer 137 N. Cottonwood St

Por favor, corte y devuelva la siguiente información con su encuesta para tener la oportunidad de ganar una tarjeta visa de regalo de \$30.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_