

2022

Condado Weld

ENCUESTA DE SALUD COMUNITARIA

Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente

INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Por favor, haga que **el adulto de 18 años o más que tiene el próximo cumpleaños** llene esta encuesta. Por favor complete la encuesta dentro de los próximos 7 días para evitar envíos adicionales.

Por favor, responda las preguntas sólo cuando se aplican a usted. No responda preguntas en nombre de otros miembros de la familia, a menos que las preguntas lo pidan.

Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta y escriba claramente cualquier comentario que desee junto a la pregunta.

Responda a las preguntas con marcas claras. Use una ✓ o x. De lo contrario, escriba la respuesta según lo solicitado.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con la encuesta, llame a nuestra línea de ayuda de la encuesta al (970) 400-2125.

Para llenar la encuesta en línea, vaya a healthsurvey.weldgov.com.

Esta encuesta es importante. Sus respuestas, juntos con otras, se agruparán para identificar problemas e inquietudes en el Condado Weld relacionados con la salud. ¡Queremos escuchar de usted!

Su participación es voluntaria. Usted puede optar por participar

o no. Sus respuestas individuales se mantienen confidenciales. ¡Gracias por completar esta encuesta!



Public Health

SALUD GENERAL, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURO DE SALUD

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1. En general, diría usted que su salud es:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **Por favor, cuéntenos un poco más sobre su salud actual:**

Número de días

¿Cuántos días durante los últimos 30 días no fue buena su salud física (incluyendo enfermedades físicas o lesiones)? _____ (0-30)

¿Cuántos días durante los últimos 30 días no fue buena su salud mental (incluyendo estrés, depresión u otros problemas emocionales)? _____ (0-30)

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días le impidió su mala salud física o mental realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o la recreación? _____ (0-30)

3. **¿Tiene usted una persona que considere su médico personal o su proveedor de atención médica?**

Sí, solamente una Más que una No No estoy seguro

4. **Durante los últimos 12 meses, ¿se retrasó o estuvo sin la atención médica necesaria?** (Incluya toda la atención médica, atención dental, atención de salud mental, terapias físicas u ocupacionales.)

Sí No → *Si no, vaya a Pregunta 5.*

4a. **En caso afirmativo, ¿por qué no obtuvo toda la atención médica que necesitaba?** (Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuesta mucho | <input type="checkbox"/> Sin seguro |
| <input type="checkbox"/> Problema de salud no cubierto por el seguro | <input type="checkbox"/> No pude dejar el trabajo |
| <input type="checkbox"/> No pude encontrar un proveedor médico que acepte mi seguro (incluyendo Medicaid o Medicare) | <input type="checkbox"/> Problemas de transporte (no tenía una manera para llegar a la cita) |
| <input type="checkbox"/> No hay hora conveniente/no se pudo obtener una cita | <input type="checkbox"/> No pude encontrar cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible en mi área/demasiado lejos | <input type="checkbox"/> La pandemia COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Otro: (Explicar: _____) | |

5. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido una cita con un médico, enfermera u otro profesional de la salud por video o teléfono? Esto también se conoce como telemedicina.**

Sí No → *Si no, vaya a Pregunta 6.* No sé

5a. **En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicio o atención recibió durante su cita de telemedicina más reciente?** Elija la opción que mejor describa el servicio a continuación.

- Salud mental
- Atención primaria (visita regular a un médico, enfermero o asistente médico)
- Fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla
- Atención especializada (cirujanos, cardiólogos, alérgicos, dermatólogos, etc.)
- Tratamiento para el abuso de sustancias
- Otra: (Explicar: _____)

6. **¿Qué probabilidades tiene de hacer lo siguiente?** (Mark \times o \checkmark)

	Altamente probable	Muy probable	Moderadamente probable	Improbable	Muy improbable	No sé
En el futuro, ¿qué tan probable es que usted use visitas de telemedicina en lugar de visitas en persona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cuál es la fuente principal de su seguro médico? (Marque todo lo que corresponda.)

- No tengo seguro médico de ningún tipo → *Vaya a Pregunta 7a.*
- Seguro médico a través del empleador actual o anterior (incluyendo Cobra) o sindicato incluyendo el plan de un cónyuge o de los padres (incluyendo el beneficio para jubilados)
- Plan de seguro médico que yo, mis padres, pareja o cónyuge compró directamente a una compañía de seguros
- Plan de salud patrocinado por el Estado a través del mercado/intercambio de Colorado
- Medicaid (también llamado Health First Colorado)
- Medicare (para personas mayores de 65 años o con determinadas discapacidades)
- Asuntos de Veteranos, Salud Militar, TRICARE, o CHAMPUS
- Otra: (Explicar: _____)

7a. Indique si alguno de los siguientes motivos es una razón por la que no tiene seguro médico. (Maque ✗ o ✓ para cada uno.)

	Sí	No
Perdí mi trabajo/cambio de empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trabajo de un miembro de la familia que proporcionó cobertura terminó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El empleador no ofrece cobertura o no es elegible para la cobertura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ya no es elegible debido a la edad o el ingreso (bajo seguro público o póliza de padres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se canceló su Medicaid/no califica para Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo es demasiado alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No necesito seguro porque estoy en buena salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sé cómo obtener un seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguna otra razón: (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Tiene actualmente un seguro que cubra al menos parte del costo de:

	Sí	No	No sé
Recetas médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de visión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿Cuál es el lugar al que sueles ir cuando estás enfermo o necesitas ver a un profesional médico? (Marque un lugar al que suele ir.)

- No tengo un lugar regular para la atención médica → *Vaya a Pregunta 10.*
- Consultorio médico o clínica privada
- Clínica de salud comunitaria que ofrece una tarifa con descuento (Sunrise, Salud, etc.)
- Sala de emergencias 24/7 (hospitalaria o independiente)
- Centro de atención de urgencia o clínica que está dentro de una tienda minorista
- Escuela, colegio o clínica universitaria
- Otro lugar: (Explicar: _____)

9a. ¿Este lugar (de la Pregunta 9) se encuentra en el condado de Weld?

- Sí No No sé

10. En los últimos 12 meses: Número de veces

¿Cuántas veces necesitó a su proveedor regular de atención médica? <i>Si ninguno seleccione "0"</i>		
10a. ¿Cuántas veces recibió atención en una sala de emergencias? <i>Si ninguno selecciona "0" y vaya a la Pregunta 11.</i>		

10b. Si recibió atención de urgencias en el último año, piense en la visita más reciente. ¿Fue su última visita a urgencias por una enfermedad que usted piensa que podría haber sido tratada por un médico regular si hubiera estado disponible?

Sí
 No
 No estoy seguro

11. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud? (Marque sí o no para cada uno.)

	Sí	No
Presión arterial alta, hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos para la presión arterial?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre) <i>(Si sólo durante el embarazo, responda "no.")</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos, incluyendo la insulina?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prediabetes (diabetes límite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias o accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del riñón (no piedras en el riñón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otro tipo de cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC, enfisema o bronquitis crónica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión (mayor o menor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra enfermedad crónica: (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. ¿Tiene ahora alguna de las siguientes condiciones? (Marque sí o no para cada uno.)

	Sí	No
Dolor crónico (dolor continuo o recurrente que ha persistido o progresado durante más de 12 semanas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando actualmente analgésicos recetados?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está utilizando actualmente cannabis o CBD para controlar el dolor?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión, ansiedad u otro problema de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos de un médico u otro profesional de la salud para su afección?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que dió positivo para COVID-19?

Sí
 Dió positivo pero no usó un profesional de la salud
 No → *Si no, vaya a Pregunta 14.*
 Creo que tenía COVID-19 pero no me hice una prueba
 Prefiero no contestar → *Si prefiere no contestar, vaya a la pregunta 15.*

13a. En caso afirmativo, ¿tuvo algún síntoma de 30 días o más que no tenía antes de tener COVID-19 (conocido como "COVID-19 persistente")? Los síntomas pueden incluir cansancio, dificultad para concentrarse u olvido (a veces referido como "niebla cerebral"), dificultad para respirar, dolor articular o muscular, ritmo cardíaco rápido, mareos al ponerse de pie, depresión, ansiedad o cambios de humor, o síntomas que empeoran después de actividades físicas o mentales.

- Sí No No sé

13b. Si dió positivo para COVID-19, ¿alguna vez fue hospitalizado por COVID-19?

- Sí No

14. Si se hizo una prueba de COVID-19, ¿su prueba más reciente la recibió de un médico o de un sitio de autoservicio o se la hizo en su casa?

- Prueba de un médico No podía hacerme una prueba cuando necesitaba una
 Prueba de un sitio de autoservicio Otro: _____
 Tomó una prueba en casa

15. ¿Qué tan difícil o fácil te resulta lidiar con problemas inesperados que surgen en su vida? Use la escala del 1 al 10, donde 1 significa que le resulta muy fácil lidiar con problemas inesperados, y 10 significa que le resulta muy difícil lidiar con problemas inesperados que surgen. (Marque un número.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy fácil					Muy difícil				

16. ¿Cuál es su nivel de acuerdo con la siguiente declaración? (Marque * o ✓)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
Quando las cosas van mal en mi vida, generalmente me toma mucho tiempo volver a la normalidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONDUCTAS Y EXAMENES DE PREVENCIÓN PARA SALUD

17. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo lo siguiente? (Marque * o ✓ para cada uno.)

	En el último año	En los últimos 2 años	En los últimos 3 años	En los últimos 5 años	Hace 5 o más años	Nunca
Chequeo de rutina por un médico, enfermero o asistente médico (no por una enfermedad, lesión o condición específicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen dental y/o limpieza dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de sangre/colesterol (extrayendo sangre o pinchando el dedo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de sangre/azúcar (examen de diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOLO MUJERES:						
Mamografía (radiografía de mama)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Papanicolaou (prueba para el cáncer de cuello uterino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SOLO MUJERES: Si se ha recibido una histerectomía, marque con * or ✓ aquí →

18. ¿Cuánto mide (sin zapatos)?

pies pulgadas

19. ¿Cuánto pesa (sin zapatos)?

libras

MUJERES: si está actualmente embarazada, marque con * o ✓ aquí →

20. **¿Cuánto está de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones sobre vacunas?**
(Marque * o ✓ para cada uno.)

	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy para nada de acuerdo	Ninguna Opinión
Las vacunas son importantes para mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser vacunado es importante para la salud de los demás en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las vacunas son efectivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. **¿Recibió una vacuna o espray nasal contra la gripe estacional durante esta temporada de gripe? (octubre de 2021 – mayo de 2022)?**

Sí No No estoy seguro

22. **¿Recibió al menos una dosis de una vacuna contra el COVID-19?**

Sí → Vaya a Pregunta 22a. No → Vaya a Pregunta 22b y 22c. No estoy seguro

22a. **En caso afirmativo, ¿cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 ha recibido?**

1 – uno 2 – dos 3 – Tres o más

22b. **Si no, ¿Diría que usted se vacunará o no?** Si respondió que sí a la Pregunta 23, no responda.

Seguro que lo haré	Probablemente lo haré	Probablemente no lo haré	Seguro que no lo haré	No estoy seguro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22c. **Si usted no está vacunado, ¿cuáles son sus razones para no recibir la vacuna contra el COVID-19?** (Marque * o ✓ para todo lo que corresponda.) Si dijo que sí a Pregunta 22, no conteste.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Me preocupa tener efectos secundarios o enfermarme | <input type="checkbox"/> No confío en las vacunas contra el COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> No necesito o no quiero una vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> No recomendado por mi proveedor de atención médica |
| <input type="checkbox"/> No confío en el gobierno | <input type="checkbox"/> Me preocupa tener una reacción alérgica |
| <input type="checkbox"/> No sé a dónde ir o a quién llamar | <input type="checkbox"/> Otro: (Explicar: _____) |

CONDUCTAS Y HÁBITOS DE SALUD

23. **Sin contar el jugo, en promedio, ¿cuántas porciones de fruta comes cada día?** (Una porción es ½ taza de fruta picada, cocida, enlatada, congelada, o una pequeña (tamaño de bola de tenis) o ¼ taza de fruta seca.)

--	--

El número promedio de porciones por día (0-99) (Si no hay ninguno, escriba "0.")

24. **En promedio, ¿cuántas porciones de verduras come cada día?** (Una porción es ½ taza de verduras crudas, cocidas, enlatadas o congeladas picadas o una taza de verduras crudas y de hoja, o 4 onzas de jugo de verduras 100%.)

--	--

El número promedio de porciones por día (0-99) (Si no hay ninguno, escriba "0.")

25. **Durante el mes pasado, aparte de su trabajo regular, ¿participó en alguna actividad física o ejercicio como correr, andar en bicicleta, jugar al golf, jardinería o caminar para hacer ejercicio?**

Sí No No estoy seguro

26. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó rápidamente, hizo deportes u otra actividad física durante 30 minutos o más? (Nota: 30 minutos de actividad no tienen que ser continuos.)

Número de días (Si no hay ninguno, escriba "0.")

27. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente al conducir un vehículo? (Marque \times o \checkmark para cada uno.)

	Siempre	Usualmente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No manejo
Ponerse cinturón de seguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablar por teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leer/mandar correos electrónicos o textos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar dentro de 2-3 horas después de usar marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar dentro de 1 hora después de beber alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. En los últimos 30 días, ha utilizado o consumido? (Marque \times o \checkmark para cada uno.)

	Sí, algunos días	Sí, todos los días	No
Cigarrillos regulares (excepto cigarrillos herbales o electrónicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masticar/escupir tabaco u otros productos sin humo como snus o ZYN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarros, cigarrillos o pipas, incluyendo narguile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarrillo electrónico o producto de vapeo electrónico que contiene nicotina o puede llenarse con jugo/líquido de vapeo de nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana/cannabis para propósitos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana/cannabis para propósitos recreativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. **Sólo los usuarios actuales de marihuana/cannabis, de lo contrario pasar a la siguiente pregunta:** En los días que usó marihuana, ¿cuántas veces al día usó en promedio?

(0-99) El número promedio de veces por día (0-99) Ninguno No estoy seguro

30. **Sólo los usuarios actuales de alcohol, de lo contrario pasar a la siguiente pregunta:** Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 4 o más bebidas (para las mujeres) o 5 bebidas o más (para los hombres) EN UNA OCASION? Una bebida es una lata de 12 onzas o una botella de cerveza, un vaso de 5 onzas de vino o un shot de licor. (Si no hay ninguno, escriba "0.")

Número de veces en los últimos 30 días que tomó 4 tragos o más (para mujeres) o 5 o más bebidas (para hombres) en una sola sesión (0-99)

TEMAS DE SALUD AMBIENTAL

31. ¿Cuál es su nivel de acuerdo con las siguientes declaraciones sobre la ciudad, pueblo o área rural donde vive?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo o desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
Es fácil caminar en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil andar en bicicleta en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es posible llegar a muchos lugares que necesito para ir en bicicleta o caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil para mí usar el transporte público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil para mí compartir coche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. ¿Cuál es su nivel de preocupación con los siguientes temas en el Condado Weld? (Marque * o ✓)

	Muy preocupado	Moderadamente preocupado	Ni preocupado ni despreocupado	Despreocupado	Muy despreocupado	No sé
Contaminación de los vehículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contaminación de la agricultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contaminación de la industria por perforación de petróleo y gas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de calidad del aire exterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exposición potencial a la rabia para usted, su familia, mascotas o ganado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exposición al radón en su hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay suficientes aceras o senderos para caminar o andar en bicicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eliminación de residuos domésticos peligrosos en vertederos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Cuando desea saber el estado de la calidad del aire, ¿le resulta fácil acceder a la información al respecto?

Sí → En caso afirmativo, vaya a Pregunta 34. No → Si no, vaya a 33a. No sé

33a. Si no, ¿por qué no? Explique: _____

34. En caso afirmativo, ¿dónde obtiene información sobre la calidad del aire? (Marque todo lo que corresponda.)

- Redes sociales/aplicaciones en el teléfono Fuentes locales o municipales, incluidos sitios web
- Sitios web del gobierno estatal o federal Otro: _____
- Noticias o pronósticos del tiempo (cualquier medio)

NECESIDADES DE SERVICIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD

35. Indique si alguno de los siguientes se aplica a usted actualmente. (Marque * o ✓ en cada fila.)

	Sí	No
¿Eres dependiente de equipos médicos que requieren electricidad para mantener su estado de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de un desastre, ¿necesitaría transporte proporcionado por otra persona o proveedor de servicios para evacuar a un lugar seguro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Necesita la ayuda de otra persona para mantener su salud debido a una condición médica crónica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Puede entrar y salir de su casa con seguridad y sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. En los últimos 12 meses, ¿pensó que necesitaba atención de salud mental o servicios de consejería?

Sí

No → Si no, vaya a la Pregunta 37.

36a. En caso afirmativo, ¿buscó servicios de consejería o tratamiento?

- Sí → Si, donde? _____ →
- Consejero privado, terapeuta, trabajador social u otro proveedor que se especializa en salud mental
- No → Si no, vaya a la Pregunta 36b. Médico o enfermera de atención primaria
- North Range Behavioral Health
- Iglesia, templo u otro lugar de Fé
- Otro: _____

36b. Si la respuesta 36a es un no, ¿alguna de estas afirmaciones explica por qué no recibió tratamiento?

	Sí	No
Me preocupaba que buscar tratamiento pudiera causar que familiares, amigos, vecinos y otras personas tuvieran una opinión negativa de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupaba que buscar tratamiento o asesoramiento pudiera tener un efecto negativo en mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi seguro de salud no cubre nada ni paga lo suficiente por el tratamiento o la consejería de salud mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No puedo pagar el costo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batalle mucho para obtener una cita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sé a dónde ir para recibir servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo tiempo para buscar tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra razón: (_____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su hogar necesitó y/o utilizó alguno de los servicios comunitarios enumerados a continuación? (Marque * o ✓ en cada línea.)

	No necesitó	Necesitó y usó	Necesitó pero no usó	No sé
Consejería o tratamiento para la adicción al consumo de alcohol/ sustancias, incluidos los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud dental/oral de bajo costo o sin costo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia para contratar un seguro de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios para adultos de la tercera edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud mental (como asesoramiento o tratamiento para adultos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información, capacitación o clases para padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia financiera para el cuidado de niños/guarderías (incluido CCCAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios relacionados con el trabajo/empleo (ayuda para encontrar trabajo o capacitación laboral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia financiera (desempleo, Colorado Works/TANF, Seguro Social para incapacidad- SSI, Pensión en la vejez, Ayuda a Necesitados y Discapacitados), bienestar o pagos por discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia alimentaria o de comidas (banco de alimentos, cupones de alimentos/SNAP, WIC, Comidas Sobre Ruedas, almuerzo gratuito o reducido a base de la escuela)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de vivienda (asistencia de alquiler/factura de servicios públicos, LEAP o refugios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de asistencia de transporte (vales, reembolsos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTAS DEL HOGAR

38. Durante los **ÚLTIMOS 2 MESES**, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que posee, alquila o se queda como parte de un hogar?
 Sí No
39. ¿Le preocupa que en los **PRÓXIMOS 2 MESES**, es posible que no tenga una vivienda estable? (es decir, que usted posee, alquila o se queda como parte de un hogar)
 Sí No
40. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿alguien (familiar, amigo u otra persona que no sea pariente) se ha quedado en su hogar de manera temporal debido a problemas de salud, falta o pérdida de vivienda, dificultades financieras o razones similares? (Marque * o ✓ en cada línea.)
- | | Sí | No |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Problemas de salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta o pérdida del hogar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad financiera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otro: (Describa: _____) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
41. ¿**ACTUALMENTE**, vive más de una familia en su casa? (Nota: una familia es una pareja o un grupo de padres e hijos, por lo cual si el hogar consta de una pareja casada y una hija adulta y un hijo, se considera dos grupos familiares.)
 Sí No
42. ¿Alguno de los problemas enumerados a continuación se aplica a su situación actual de vivienda? (Marque * o ✓ en cada línea.)
- | | Sí | No | No sé |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Pago más del 30% de mis ingresos en alquiler o hipoteca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La casa en la que vivo está en malas condiciones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Demasiadas personas viven en esta casa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
43. ¿Con qué frecuencia en los **ÚLTIMOS 12 MESES** estuvo preocupado o estresado por:
- | | Siempre | Usualmente | Algunas veces | Rara vez | Nunca |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Pagar su alquiler/hipoteca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Pagar facturas médicas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Poder pagar la atención médica que necesita? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Su seguro de salud se está volviendo demasiado caro? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Por encontrar o pagar cuidado de los niños? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tener COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Infectar a alguien más con COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
44. ¿En qué tipo de casa vive actualmente?
- Casa
 - Dúplex o edificio de dos unidades
 - Edificio/apartamento con 3 o más unidades
 - Casa móvil o prefabricada

INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y DEL HOGAR

Esta información es importante para obtener una imagen completa de la salud en el condado de Weld, no para conocerlo personalmente, así que responda lo mejor que pueda. ¡Gracias por contestar!

45. **¿Cuántas veces se ha mudado en el último año?**

--	--

Número de veces

46. **¿Cuánto tiempo ha vivido en el condado de Weld?**

--	--

Número de años

47. **Incluido usted, ¿cuántas personas (adultos y niños) viven en su hogar?**

Número de adultos mayores de 18 años

Número de niños de 17 años o menos

48. **¿Es propietario o alquila su residencia?**

- Propietario
- Renta
- Otro arreglo

Explique:

--

49. **¿Usted o alguien en su hogar prefiere usar un idioma que no sea inglés en el hogar?**

- No
- Sí → ¿Qué lenguaje?

--

50. **¿En qué año nació?**

--	--	--	--

51. **Usted es:** Femenina Masculino

Transgénero

52. **Se considera usted:**

- Heterosexual
- Lesbiana o homosexual
- Bisexual
- Algo más
- No seguro

53. **¿Es usted de origen hispano, latino/a o español?**

- Sí
- No
- No estoy seguro

54. **¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones describe mejor su origen racial?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o indio americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

55. **¿Cuál es su situación laboral actual?** (Marque todo lo que corresponda.)

- Empleado a tiempo completo por salario
- Empleado a tiempo parcial por un salario
- Trabajadores por cuenta propia
- Despedido o desempleado
- Suspendido/despido temporalmente
- Discapacitado o incapaz de trabajar
- Atiende el hogar a tiempo completo
- Estudiante a tiempo completo o a tiempo parcial
- Jubilado
- Militar

56. **¿Trabaja en el condado de Weld?**

- No
- Sí

57. **¿Cuál es el grado o año escolar más alto que ha completado?**

- Menos del grado 12, sin diploma
- Diploma de escuela secundaria o GED
- Algo de universidad, sin título
- Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)
- Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)
- Maestría o más

58. **¿Cuál fue el ingreso total de su hogar antes de impuestos en 2021?** (Incluya los ingresos de todas las fuentes, como trabajos, seguridad social, asistencia pública e ingresos de jubilación para usted y todas las demás personas que viven en su hogar). **Si es un estudiante universitario que depende del apoyo financiero de sus padres, calcule el ingreso familiar de su hogar.**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> \$13,000 o menos | <input type="radio"/> \$43,001 - \$52,000 |
| <input type="radio"/> \$13,001 - \$22,000 | <input type="radio"/> \$52,001 - \$60,000 |
| <input type="radio"/> \$22,001 - \$25,000 | <input type="radio"/> \$60,001 - \$70,000 |
| <input type="radio"/> \$25,001 - \$32,000 | <input type="radio"/> \$70,001 - \$88,000 |
| <input type="radio"/> \$32,001 - \$34,000 | <input type="radio"/> \$88,001 - \$125,000 |
| <input type="radio"/> \$34,001 - \$43,000 | <input type="radio"/> \$125,001 o más |

59. **¿Cuáles son los tres principales problemas de salud que enfrenta usted, su familia y/o su comunidad en este momento?**

60. **Finalmente, describa brevemente ¿cómo usted y su familia se han visto afectados por la pandemia COVID-19?**

¡Gracias por completar esta encuesta!