



Evaluación de Salud Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Cleveland de 2023

Gracias por participar en la Evaluación de salud comunitaria de 2023 para el condado de Cleveland. La información recopilada en esta encuesta se utilizará para planificar programas y servicios para mejorar la salud de los residentes del condado durante los próximos cuatro años. La encuesta está abierta del 1 al 30 de septiembre.

Todas las respuestas a esta encuesta son **CONFIDENCIALES**. Sus respuestas se ingresarán en la base de datos de SurveyMonkey y nadie en el condado de Cleveland podrá acceder a las respuestas de ningún individuo específico.

Varias de las preguntas de esta encuesta se centran en las condiciones de vida del hogar y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. **Ninguna** de las respuestas que proporcione se compartirá con ninguna agencia de informes de la comunidad.

Al finalizar la encuesta, se le ofrecerá la oportunidad de participar en un sorteo de uno de los siete incentivos. Debe completar **TODA LA ENCUESTA** para calificar para el sorteo de incentivo. Los incentivos incluyen una tarjeta de regalo de Amazon de \$750, dos tarjetas de regalo de Amazon de \$500 y cuatro tarjetas de regalo de Amazon de \$250. La decisión de participar en este sorteo depende de usted: los ganadores se elegirán mediante un proceso de sorteo de números aleatorios.

Devuelva su encuesta completa a la caja de recolección proporcionada en el centro donde obtuvo la encuesta o a la caja de recolección en la recepción del Departamento de Salud del Condado de Cleveland, 200 South Post Road, Shelby, NC.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Evaluación de Salud Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Cleveland de 2023

Recuerde – para cumplir los requisitos del sorteo de los incentivos necesita tener al menos 18 años, vivir en el Condado de Cleveland, y completar la encuesta.

ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: Hay 15 preguntas en esta sección.

1. ¿Vive o trabaja en el Condado de Cleveland?

- Sí No

2. ¿Cuál es su código postal? _____

3. ¿Cuántos años tiene? Marque la categoría apropiada por favor.

- 18-24 años 25-34 años 35-44 años
 45-54 años 55-65 años 65-74 años
 75 + años

4. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su género?

- Hombre Mujer Otro Prefiero no decirlo

5. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a Soltero/a Separado/a Divorciado/a
 Compañero/a Viudo/a Otros: (Por favor, especifique) _____

6. ¿Es usted dueño o alquila su casa?

- Dueño Alquila Vivienda multifamiliar No aplicable a mí
 Otros: (Por favor, especifique) _____

7. ¿Es usted el/la cabeza de familia?

- Sí No

8. ¿Cuántos adultos mayores de 18 años viven en su hogar??

- 1 – 2 3 – 5 6 o más

9. ¿Cómo se describe su raza y etnia? Por favor marque todas las que correspondan.

- Indígena de las Américas o nativo de Alaska Blanco o Caucásico Negro/Afroamericano
 India asiático Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico Asiático americano
 Birracial Multirracial Otros: (Por favor, especifique) _____

10. ¿Es usted de origen hispano o latino?

- Sí No

11. ¿Qué idioma se habla más en su casa? Por favor elija solo uno.

- Inglés Español Otros: (Por favor, especifique) _____

12. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que usted terminó? (Incluyendo escuela primaria o secundaria, colegio, universidad, o formación profesional) Por favor elija solo uno.

- Menos de grado 9 Secundaria o preparatoria sin diploma Diploma de escuela secundaria o GED
 Algo de universidad, sin diploma Título de asociado Licenciatura/título de licenciado
 Título de profesional o posgrado Formación profesional
 Otros: (Por favor, especifique) _____

13. ¿Cuál es su estado laboral? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Independientes |
| <input type="checkbox"/> Empleado en múltiples trabajos a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Jubilado/retirado |
| <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico | <input type="checkbox"/> Personal militar activo | <input type="checkbox"/> Discapacitados |
| <input type="checkbox"/> Desempleado por menos de un año | | <input type="checkbox"/> Desempleado por más de un año |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | |

14. ¿Alguna persona en su hogar trabaja fuera del Condado de Cleveland?

- Sí No

15. ¿Cuál es la suma de los ingresos anuales de su familia?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$15,000 - \$24,999 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$35,000 - \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$74,999 |
| <input type="checkbox"/> \$75,000 - \$99,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo |

BIENESTAR DE LA COMUNIDAD: Hay 3 preguntas en esta sección.

16. En la siguiente lista, ¿Cuáles cree que son los tres factores más importantes para hacer el Condado de Cleveland una "comunidad saludable?" Por favor, seleccione **hasta tres**.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a atención médica a buen precio | <input type="checkbox"/> Acceso a un seguro médico a buen precio |
| <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables | <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> Eventos artísticos y culturales | <input type="checkbox"/> Liderazgo comunitario |
| <input type="checkbox"/> Trabajos de buena calidad y prosperidad económica | <input type="checkbox"/> Medio ambiente limpio |
| <input type="checkbox"/> Buen lugar para criar niños | <input type="checkbox"/> Buenas escuelas |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos saludables/opciones saludables de estilo de vida | <input type="checkbox"/> Bajo nivel de abuso infantil |
| <input type="checkbox"/> Bajas tasas de mortalidad y enfermedades en adultos | <input type="checkbox"/> Equidad racial |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades recreativas | <input type="checkbox"/> Centros comunitarios para todas las edades |
| <input type="checkbox"/> Valores religiosos/espirituales | <input type="checkbox"/> Barrios seguros |
| <input type="checkbox"/> Opciones de transporte | <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ |

17. En la siguiente lista, ¿cuáles cree que son los tres problemas más importantes que afectan la salud en nuestra comunidad? Por favor, seleccione **hasta tres**.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de envejecimiento (artritis, pérdida de audición/visión, etc.) | <input type="checkbox"/> Abuso y negligencia infantil |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol, drogas, o medicamentos | <input type="checkbox"/> Acceso a atención dental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, hipertensión, presión arterial, enfermedades cardíacas, asma, etc.) | <input type="checkbox"/> Discriminación/racismo |
| <input type="checkbox"/> Tasas de criminalidad (delitos violentos o contra la propiedad) | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica/sexual |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de vivienda inadecuadas | <input type="checkbox"/> Muertes infantiles |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas como la hepatitis y la tuberculosis | <input type="checkbox"/> Falta de seguro médico |
| <input type="checkbox"/> Falta de proveedores de atención médica | <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades de empleo |
| <input type="checkbox"/> Acceso a atención de salud mental/conductual | <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos y el vapeo | |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | |

18. ¿De dónde obtiene la mayor parte de la información relacionada con la salud? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi familia y amigos | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación (periódicos, radio, televisión) | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Médicos/Enfermeras | <input type="checkbox"/> Funcionarios escolares | <input type="checkbox"/> Departamento de salud |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico | <input type="checkbox"/> Programas en el lugar de trabajo | <input type="checkbox"/> Líneas telefónicas de ayuda | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Materiales impresos como volantes y folletos | <input type="checkbox"/> Funcionarios de la iglesia | |
| <input type="checkbox"/> Seminarios/talleres/clases | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | | |

29. Su familia ha tenido problemas para encontrar cuidado infantil para los niños que viven en su hogar?

- Sí No Prefiero no decirlo

30. Si su familia tuvo problemas para encontrar cuidado infantil, ¿a qué tipo de cuidado infantil intentaba acceder? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No necesito cuidado de niños fuera de casa Cuidado de niños desde el nacimiento hasta los 5 años.
 Cuidado antes o después de la escuela Cuidado de niños en un centro que acepta ayuda financiera.
 Atención de emergencia o cuidado temporal Cuidado de un niño enfermo
 Cuidado de verano para niño en edad escolar Cuidado de las 24 horas para trabajo por turnos.
 Otros: (Por favor, especifique) _____

31. ¿Qué barreras encontró su familia para acceder al cuidado infantil? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Ninguno Costo Lugar/ubicación Horario
 Necesito cuidado de niños las 24 horas Calidad de atención Transporte Largas listas de espera
 Falta de espacios disponibles Otros: (Por favor, especifique) _____

ACCESO A LA ATENCION MÉDICA: Hay 10 preguntas en esta sección.

32. ¿A dónde suele ir cuando está enfermo?

- A la oficina de mi doctor Al departamento de salud Al hospital o la sala de emergencias
 A la clínica de urgencias o la clínica ambulatoria A la clínica comunitaria de telesalud
 No voy a ningún lugar Otros: (Por favor, especifique) _____

33. ¿Tiene actualmente algún tipo de seguro médico?

- Sí No – salte al #35 No lo sé/no estoy seguro – salte al #35

34. ¿Cuál es su plan de seguro primario? Por favor elija **solo uno**.

- Plan de seguro a través de un empleador o sindicato Medicare
 Plan de seguro privado (no gubernamental) Medicaid
 Plan de seguro por el Mercado de Seguros Médicos Plan de salud patrocinado por el estado
 Relacionado con el militar (TRICARE, VA Health Care, CHAMPUS) Servicio de Salud Indígena
 Un ministerio o un sistema de repartición de costos (por ej. Medi-Share)
 Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Otros: (Por favor, especifique) _____

35. En los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas para obtener la atención primaria de salud que necesitaba o para un miembro de su familia?

- Sí No – salte al #37 No lo sé/no estoy seguro – salte al #37

36. ¿Por qué no pudo obtener la atención primaria de salud necesaria? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- El costo era demasiado alto No tengo/tiene seguro Nuestro seguro no fue aceptado.
 No sabía a donde ir La distancia era excesiva Las horas eran inconvenientes
 La oficina estaba cerrada La falta de cuidado infantil La falta de transporte
 La falta de confianza La barrera del idioma Demasiado tiempo de espera para una cita.
 Demasiado tiempo en la sala de espera. No pude tomar tiempo libre del trabajo
 La falta de proveedores El proveedor no acepta nuevos pacientes
 (Otros: (Por favor, especifique) _____

37. En los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas para obtener atención especializada, como cardiología, obstetricia y ginecología, pediatría, cirugía, etc., para usted o para un miembro de su familia?

- Sí No – salte al #40 No lo sé/no estoy seguro – salte al #40

38. ¿Por qué no pudo obtener la atención médica especializada que necesitaba? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> El costo era demasiado alto | <input type="checkbox"/> No tengo/tiene seguro | <input type="checkbox"/> Nuestro seguro no fue aceptado. |
| <input type="checkbox"/> No sabía a donde ir | <input type="checkbox"/> La distancia era excesiva | <input type="checkbox"/> Las horas eran inconvenientes |
| <input type="checkbox"/> La oficina estaba cerrada | <input type="checkbox"/> La falta de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> La falta de transporte |
| <input type="checkbox"/> La falta de confianza | <input type="checkbox"/> La barrera del idioma | <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo de espera para una cita. |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo en la sala de espera. | | <input type="checkbox"/> No pude tomar tiempo libre del trabajo |
| <input type="checkbox"/> La falta de proveedores | | <input type="checkbox"/> El proveedor no acepta nuevos pacientes |
| <input type="checkbox"/> (Otros: (Por favor, especifique) _____) | | |

39. ¿De qué tipo de proveedor de atención médica tuvo usted o su familiar problemas para recibir atención? Por favor marque **todos** los que corresponden.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Pediátrica | <input type="checkbox"/> Obstetra/ginecólogo | <input type="checkbox"/> Departamento de salud |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> A la clínica de urgencias o la clínica médica | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental/salud conductual | <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | |

40. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no tomó medicamentos recetados por un proveedor de atención primaria o especializada debido **al costo**?

- Sí No No aplica Prefiero no decirlo

41. ¿Su proveedor de atención médica primaria está ubicado en el condado de Cleveland?

- Sí No No tengo un proveedor de atención médica.

SALUD PERSONAL: Hay 11 preguntas en esta sección.

42. ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor su estado de salud? Por favor elija **solo uno**.

- Excelente Muy bien Bien Mala Muy mala

43. ¿En los últimos 12 meses ha tenido una examen médico anual o rutina con un proveedor de atención médica?

- Sí No

44. ¿Alguna vez un médico, enfermera o profesional de la salud le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones de salud? Por favor marque **todos** los que corresponden.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer (cualquier sitio) | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de memoria a corto | | |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes (no durante el embarazo) | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular u otras enfermedades cardiovasculares | | | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Nefropatía | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> Obesidad/sobrepeso | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental (trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | | |

45. ¿En los últimos 12 meses se ha realizado algún examen preventivo como mamografía, colonoscopia, densitometría ósea o exámenes de detección de cáncer de piel?

- Sí – salte al #47 No

46. ¿Por qué no se ha sometido a exámenes preventivos?

- No puedo pagar para los exámenes de detección No cumple con las pautas de edad recomendadas
 No quiero hacerlo No hay forma de acceder a los exámenes de detección
 No puedo asistir a la atención de seguimiento Otros: (Por favor, especifique) _____

47. En los últimos 12 meses, ¿ha visitado a un dentista para recibir atención de salud oral?

- Sí No – salte al #49

48. ¿Con qué frecuencia acude al dentista para limpiezas y exámenes de rutina?

- Cada 6 meses Una vez al año Cada 2 años

49. ¿Por qué no ha visitado a un dentista? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No aplica
 El costo era demasiado alto No tengo/tiene seguro Nuestro seguro no fue aceptado
 No sabía a donde ir La distancia era excesiva Las horas eran inconvenientes
 La oficina estaba cerrada La falta de cuidado infantil La falta de transporte
 La falta de confianza La barrera del idioma La falta de proveedores
 Demasiado tiempo de espera para una cita Demasiado tiempo en la sala de espera.
 No pude tomar tiempo libre del trabajo El proveedor no acepta nuevos pacientes
 Otros: (Por favor, especifique) _____

50. En los últimos 12 meses, ¿ha visitado a un especialista para recibir atención oftalmológica?

- Sí No – salte al #52

51. ¿Con qué frecuencia acude a un especialista para recibir atención oftalmológica?

- Cada 6 meses Una vez al año Cada 2 años

52. ¿Por qué no ha visitado a un especialista en cuidado de los ojos/visión? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No aplica
 El costo era demasiado alto No tengo/tiene seguro Nuestro seguro no fue aceptado
 No sabía a donde ir La distancia era excesiva Las horas eran inconvenientes
 La oficina estaba cerrada La falta de cuidado infantil La falta de transporte
 La falta de confianza La barrera del idioma La falta de proveedores
 Demasiado tiempo de espera para una cita Demasiado tiempo en la sala de espera.
 No pude tomar tiempo libre del trabajo El proveedor no acepta nuevos pacientes
 Otros: (Por favor, especifique) _____

ACTIVIDAD FÍSICA Y NUTRICIÓN: Hay 6 preguntas en esta sección.

53. Durante los últimos 30 días, ¿participó en alguna actividad física como correr, gimnasia, golf, jardinería o caminar como ejercicio?

- Sí No

54. Cuando participa en actividad física, ¿adónde va? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No hago actividad física ni ejercicio
 Gimnasio privado YMCA Instalaciones escolares Instalaciones de la iglesia
 Rutas/senderos para caminar/parques Centro de recreación pública Hogar
 Otros: (Por favor, especifique) _____

55. ¿Cuáles son los factores que afectan su capacidad para realizar actividad física o ejercicio de forma regular? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No hay barreras
- El ejercicio no es importante para mí
- No tengo suficiente tiempo
- No me gusta hacer ejercicio
- Condiciones climáticas: demasiado calor, demasiado frío, lluvioso
- Estoy demasiado cansado después del trabajo
- Mi trabajo es físico o duro
- No tengo acceso a instalaciones para la actividad
- Necesito cuidado de niños
- Costo
- No hay un lugar seguro para hacer ejercicio
- Soy una persona discapacitada
- Otros: (Por favor, especifique) _____

56. En promedio, ¿cuántos días a la semana come cinco o más porciones de frutas y verduras (cocidas, crudas, frescas, congeladas o enlatadas)? NO CUENTE LOS PRODUCTOS DE PAPA/CAMOTE COMO PAPAS FRITAS, HASHBROWNS, PURÉ DE PAPAS, ETC.

- 1 -2 días
- 3 – 4 días
- 5 -6 días
- A diario
- Nunca

57. En los últimos 12 meses, ¿ha obtenido frutas o verduras frescas de alguna de las opciones enumeradas? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Tienda de barrio
- Mercado de agricultores
- Banco/despensa de alimentos
- Supermercado/tienda de comestibles
- Iglesia/organización comunitaria
- Otros: (Por favor, especifique) _____

58. ¿Ha encontrado barreras para consumir frutas y verduras frescas de forma regular? Por favor marque **todos** los que apliquen.

- Costo
- Falta de transporte para ir al comprar
- Falta de tiempo para preparar frutas o verduras
- Falta de conocimiento para preparar frutas o verduras
- Los miembros de la familia no comer
- No hay barreras.
- Otros: (Por favor, especifique) _____

SALUD CONDUCTUAL O MENTAL: Hay 12 preguntas en esta sección.

59. ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor su estado de salud mental? Por favor elija **solo uno**.

- Excelente
- Muy bien
- Bien
- Mala
- Muy mala

60. Pensando en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿con qué frecuencia durante los últimos 30 días su salud mental no fue buena? Por favor elija **solo uno**.

- Siempre
- Muy a menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

61. Pensando en su vida, ¿cuál de los siguientes términos describe mejor el nivel de estrés que enfrenta la mayoría de los días? Por favor elija **solo uno**.

- Extremadamente estresante
- Muy estresante
- No muy estresante
- Nada estresante

62. ¿Cuáles son las principales causas de su estrés? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Dinero
- Escuela
- Trabajo
- Preocupaciones de salud personales
- Niños/cuidado infantil
- Responsabilidades de cuidado
- Relaciones personales
- Problemas de vivienda
- Estabilidad laboral
- Seguridad personal
- Otros: (Por favor, especifique) _____

63. En los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas para obtener atención o asesoramiento de salud mental que necesitaba personalmente como adulto o para un miembro adulto de su familia?

- Sí
- No – salte al #65

64. ¿Por qué no pudo obtener la atención o el asesoramiento de salud mental que necesita un adulto? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> El costo era demasiado alto | <input type="checkbox"/> No tengo/tiene seguro | <input type="checkbox"/> Nuestro seguro no fue aceptado |
| <input type="checkbox"/> No sabía a donde ir | <input type="checkbox"/> La distancia era excesiva | <input type="checkbox"/> Las horas eran inconvenientes |
| <input type="checkbox"/> La oficina estaba cerrada | <input type="checkbox"/> La falta de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> La falta de transporte |
| <input type="checkbox"/> La falta de confianza | <input type="checkbox"/> La barrera del idioma | <input type="checkbox"/> La falta de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo de espera para una cita | <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo en la sala de espera. | |
| <input type="checkbox"/> No pude tomar tiempo libre del trabajo | <input type="checkbox"/> El proveedor no acepta nuevos pacientes | |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | |

65. En los últimos doce meses, ¿tuvo problemas para obtener atención o asesoramiento de salud mental para un niño de su familia?

- Sí No – salte al #67 No aplicable – salte al #67

66. ¿Por qué no pudo obtener la atención o el asesoramiento de salud mental que necesita un niño? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> El costo era demasiado alto | <input type="checkbox"/> No tengo/tiene seguro | <input type="checkbox"/> Nuestro seguro no fue aceptado |
| <input type="checkbox"/> No sabía a donde ir | <input type="checkbox"/> La distancia era excesiva | <input type="checkbox"/> Las horas eran inconvenientes |
| <input type="checkbox"/> La oficina estaba cerrada | <input type="checkbox"/> La falta de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> La falta de transporte |
| <input type="checkbox"/> La falta de confianza | <input type="checkbox"/> La barrera del idioma | <input type="checkbox"/> La falta de proveedores |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo de espera para una cita | <input type="checkbox"/> Demasiado tiempo en la sala de espera. | |
| <input type="checkbox"/> No pude tomar tiempo libre del trabajo | <input type="checkbox"/> El proveedor no acepta nuevos pacientes | |
| <input type="checkbox"/> Otros: (Por favor, especifique) _____ | | |

67. ¿Está actualmente tomando medicamentos recetados por un profesional para una necesidad de salud mental o emocional?

- Sí No

68. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no tomó medicamentos recetados por un proveedor de salud mental o conductual debido al **COSTO**?

- Sí No Prefiero no decirlo

69. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de comportamientos de autolesión tales como cortarse?

- En los últimos 30 días En los últimos 6 meses En el último año o más Nunca - salte al #71

70. ¿Alguna vez ha tenido conductas de autolesión tales como cortarse?

- Sí No

71. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas? **Línea de Prevención del suicidio y crisis - 988**

- En los últimos 30 días En los últimos 6 meses En el último año o más Nunca - salte al #73

72. ¿Alguna vez ha hecho planes para suicidarse? **Línea de Prevención del suicidio y crisis - 988**

- Sí No

ABUSO DE SUSTANCIAS: Hay 9 preguntas en esta sección.

73. ¿Con qué frecuencia consume alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)?

- Una vez al mes Una vez por semana Tres veces a la semana Cada día No consumo alcohol en absoluto

74. Durante los últimos 30 días, ¿condujo un vehículo mientras bebía alcohol?

- Sí No

75. ¿Le ha afectado el consumo de alcohol a usted o a algún conocido?

- Sí No

76. ¿Actualmente fuma, usa cigarrillos electrónicos (vapeadores) o productos de tabaco sin humo?

- Sí No – salte al #78

77. En los últimos 30 días, ¿cuál de los siguientes productos de tabaco ha consumido al menos una vez al día? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Cigarrillos Cigarros Cigarrillos electrónicos/productos de vapeo
 Tabaco sin humo, como para mojar o masticar Otros: (Por favor, especifique) _____

78. ¿Qué servicios conoce para ayudar a dejar el consumo de productos de tabaco? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No tengo conocimiento de ningún recurso Departamento de salud Live Vape Free NC
 Quitline NC (1-800-784-8669) Consejero privado Doctor/médico
 Farmacia Otros: (Por favor, especifique) _____

79. ¿Dónde cree que está más expuesto al humo de segunda mano? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Hogar Vehículos Parques Lugar de trabajo
 Aceras públicas Bares/clubes privados Eventos/festivales comunitarios
 No estoy expuesto al humo de segunda mano

80. ¿Usted o alguien que conoce se ha visto afectado por alguna de las sustancias enumeradas? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No me han impactado Marijuana Opioides (analgésicos, heroína, fentanilo)
 Metanfetamina Otros: (Por favor, especifique) _____

81. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien en su hogar ha hecho un mal uso intencional de algún medicamento recetado? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- No No he tenido receta Usado sin receta
 Usado más de lo recetado Usado con más frecuencia de lo recetado
 Utilizado por cualquier motivo que no sea las instrucciones de un médico

PREPARACION PARA EMERGENCIAS: Hay 5 preguntas en esta sección.

82. Si las autoridades públicas anunciaran una evacuación obligatoria de su vecindario o comunidad debido a un desastre o emergencia a gran escala, ¿evacuaría usted?

- Sí No

83. ¿Cuál sería la razón principal por la que podría optar por no evacuar su hogar si las autoridades públicas se lo pidieran? Por favor marque **todos** los que correspondan.

- Falta de transporte Falta de confianza en los funcionarios públicos
 Preocupación por la seguridad personal Preocupación por dejar propiedades atrás
 Preocupación por la seguridad familiar Preocupación por dejar mascotas
 Preocupación por el tráfico Problemas de salud
 Incapaz de caminar Costo de evacuar
 No sé a dónde evacuar Otros: (Por favor, especifique) _____

Evaluación de Salud Comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Cleveland de 2023

Gracias por su participación en la Evaluación de salud comunitaria de 2023 para el condado de Cleveland. Sus respuestas nos ayudarán a determinar los problemas de salud prioritarios que se abordarán en el condado durante los próximos cuatro años.

¿Cómo se enteró de esta encuesta?

- Medios de comunicación impresos
- Redes sociales (Facebook, Instagram, etc.)
- Nuestro sitio web
- Aviso por correo electrónico
- Boletín informativo
- Familiar/amigo/colega
- Otros: (Por favor, especifique)

Devuelva su encuesta completa a la caja de recolección proporcionada en el centro donde obtuvo la encuesta o a la caja de recolección en la recepción del Departamento de Salud del Condado de Cleveland, 200 South Post Road, Shelby, NC.

Las respuestas que proporcionó se ingresarán en una base de datos de SurveyMonkey que se utiliza para compilar la información de las encuestas electrónicas y en papel. Antes del proceso de ingreso de datos, esta hoja (si incluye su nombre e información de contacto) se eliminará de este formulario para preservar la confidencialidad de sus respuestas.

Si envía una encuesta **COMPLETADA**, es elegible para participar en un sorteo de siete premios de incentivo. Los incentivos son tarjetas de regalo de Amazon: una por \$750, dos por \$500 y cuatro por \$250. Los ganadores se seleccionarán entre los nombres adjuntos a las encuestas completadas utilizando un programa de números aleatorios generado por computadora.

La participación en el sorteo de incentivo es voluntaria. Los ganadores deben ser residentes del condado de Cleveland, mayores de 18 años, proporcionar la información de contacto solicitada a continuación y presentar una forma válida de identificación con fotografía para reclamar un premio. Los ganadores serán notificados alrededor del 15 de noviembre de 2023.

Si desea participar en este sorteo de incentivo y ha enviado una encuesta completa, proporcione la siguiente información:

Nombre y apellido: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Una vez más, gracias por su participación en esta encuesta. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, comuníquese con Anne Short al 980-484-5112 o por correo electrónico a Anne.Short@clevelandcountync.gov.

