

Introducción

La salud y el bienestar son importantes para todos. Por eso necesitamos su ayuda. Estamos pidiendo a los residentes que viven en las comunidades que se indican a continuación que nos proporcionen sus comentarios y sugerencias acerca de los servicios y problemas de salud en la región.

Esta encuesta forma parte de una Evaluación de Necesidades de Salud de las Comunidades de MetroWest, que es un esfuerzo para identificar las fortalezas y los desafíos en la región relacionados con la salud y el acceso a la atención médica. La Fundación de la Salud de MetroWest (MetroWest Health Foundation) lidera la Evaluación de Necesidades de Salud de las Comunidades de MetroWest de este año, y se está asociando con otras organizaciones para llegar a la mayor cantidad de residentes posible.

-La encuesta toma menos de 10 minutos para completar.

-Los datos se informarán en conjunto para que sus respuestas permanezcan anónimas.

-La encuesta permanecerá abierta hasta el 1 de junio de 2023.

-Usted puede optar por omitir una pregunta si no se siente a gusto respondiéndola.

-No hay respuestas correctas o incorrectas; ¡son sus opiniones las que importan!

Sus comentarios y opiniones son supremamente valiosos para nosotros. La información recopilada a través de esta encuesta se usará para informar futuros programas y servicios de salud para una serie de organizaciones en la región de MetroWest.

Agradecemos su participación.

1. ¿En qué ciudad/pueblo vive usted?

Acceso y disponibilidad de la atención

2. En los últimos 12 meses, ¿necesitó usted o un miembro de su familia alguno de los siguientes tipos de atención médica? Seleccione la respuesta que mejor describa su experiencia.

	Sí, yo o un miembro de la familia necesitamos este tipo de atención y pudimos obtenerla	Sí, yo o un miembro de la familia necesitamos este tipo de atención, pero no pudimos obtenerla	No, ni yo ni un miembro de la familia necesitamos este tipo de atención
Atención primaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención física de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud mental de emergencia (incluso atención en caso de crisis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento por consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Para la atención que usted o un miembro de la familia necesitaron, pero no pudieron obtener, seleccione el motivo o los motivos por los cuales no tuvieron acceso a la atención. Favor indicar todos los que correspondan.

	No poder pagar los costos	Los proveedores no aceptan mi seguro o no tengo seguro	Falta de transporte	Mucho tiempo de espera para conseguir una cita	Otro motivo que no aparece aquí
Atención primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención física de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de salud mental de emergencia (incluso atención en caso de crisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de salud dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si respondió “Otro motivo que no aparece aquí” para alguno de los tipos de atención anteriores, describa por qué no pudo tener acceso a la atención.

5. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la disponibilidad/ (acceso) de los siguientes servicios en su comunidad?

	Muy satisfecho(a)	Algo satisfecho(a)	Nada satisfecho(a)	No lo sé con seguridad
Atención primaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención física de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud mental de emergencia (incluso atención en caso de crisis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento por consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de la vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. En los últimos 12 meses, ¿qué tan accesibles fueron para usted los siguientes recursos?
Seleccione la respuesta que mejor describa su experiencia.

	Puedo acceder a esto todo el tiempo	Puedo acceder a esto la mayor parte del tiempo	Puedo acceder a esto algunas veces	No puedo acceder a esto	N/A - No necesité esto
Transporte confiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado infantil (incluido el cuidado antes y después de clases)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingresos para cubrir mis necesidades básicas o las de mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacitación para avanzar en mis habilidades o en mi carrera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacio seguro para la recreación (caminar, montar bicicleta, correr, deportes en equipo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivienda asequible y de buena calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aire puro y agua limpia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opciones durante condiciones climáticas extremas, como mantenerse frescos durante los períodos de calor extremo o mantenerse abrigados durante los períodos de frío extremo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidades para socializar con las demás personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percepciones de la salud

7. ¿Cuáles son los **3 principales problemas** de salud que enfrenta esta comunidad?

Seleccione **tres**.

- ☐ Consumo de alcohol y sustancias (marihuana, opioides, heroína, etc.)
- ☐ Asma/Alergias
- ☐ Cáncer
- ☐ COVID-19 (coronavirus)
- ☐ Diabetes
- ☐ Violencia doméstica
- ☐ Enfermedades del corazón (derrames, hipertensión, etc.)
- ☐ Falta de vivienda/casa-Vivienda/casa de calidad inferior
- ☐ Hambre/Inseguridad alimentaria
- ☐ Deterioro de la función cognitiva (demencia, Alzheimer, lesión cerebral traumática, etc.)
- ☐ Enfermedades infecciosas/contagiosas (tuberculosis, neumonía, gripe, etc.)
- ☐ Problemas de salud mental (ansiedad, depresión, etc.)
- ☐ Salud bucal
- ☐ Sobrepeso/Obesidad
- ☐ Deficiencias físicas / Discapacidades
- ☐ Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, clamidia, etc.)
- ☐ Fumar/vapear
- ☐ Suicidio
- ☐ Embarazos en la adolescencia
- ☐ Otros (especificar)

8. ¿Qué cree que está funcionando bien en su comunidad en relación con el acceso a la atención médica?

9. ¿Se siente seguro/a en su comunidad?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé con seguridad

10. En general, ¿cómo describiría la salud de esta comunidad?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

11. En general, ¿cómo describiría su propia salud personal?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

12. ¿Existen efectos duraderos de COVID-19 en usted o su comunidad? Favor explicar.

Información demográfica

Solicitamos la siguiente información para entender si las experiencias de las personas con respecto a la salud y al sistema de atención médica varían según sus características personales. Los datos se informarán en conjunto para que sus respuestas permanezcan anónimas. Usted puede optar por no responder cualquier pregunta.

13. ¿Qué categoría describe mejor su edad?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Menor de 18 años | <input type="radio"/> Entre 50 y 64 años |
| <input type="radio"/> Entre 18 y 29 años | <input type="radio"/> Entre 65 y 74 años |
| <input type="radio"/> Entre 30 y 49 años | <input type="radio"/> 75 años o más |

14. ¿De dónde obtiene la mayor parte de su información de salud?

- ☐ Médicos, enfermeros u otros proveedores de salud
- ☐ Amigos o familiares
- ☐ Internet
- ☐ Farmacia
- ☐ Consejeros religiosos o espirituales
- ☐ Otro (especificar)

15. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? Favor indicar todos los que correspondan.

- ☐ Seguro privado (a través del empleador/cónyuge/padres/Connector o pago por mi propio seguro)
- ☐ Medicare
- ☐ MassHealth/Medicaid
- ☐ Administración de Veteranos o TriCare
- ☐ Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net) o MassHealth Limited
- ☐ No tengo seguro
- ☐ Otro (favor especificar)

16. Indique si alguna de las siguientes personas está bajo su cuidado (favor indicar todas las que correspondan):

	Sí, y viven en mi hogar	Sí, y no viven en mi hogar	N/A
Hijo(s) de 18 años o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulto(s) de 19 a 64 años con enfermedad o discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulto(s) mayor(es) de 65 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo describiría su identidad de género? (Favor indicar todas las que correspondan)

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Transgénero
- ☐ No binario (incluyendo género queer, género fluido, género no conforme)
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ Género no incluido. Mi identidad de género es:

18. ¿Cómo describiría su origen étnico/racial/cultural? (Favor indicar todos los que correspondan.)

Reconocemos que esta lista no incluye todas las formas en que una persona podría identificarse. Las siguientes categorías se basan en identidades comunes en nuestra región, y están formateadas para mostrar cómo se pueden combinar algunos grupos para mantener el anonimato de los encuestados individuales. Si desea ser más concreto(a), escriba su respuesta en la línea "Otro" a continuación.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) y/o negro(a) | <input type="checkbox"/> Hispano(a) y/o Latino(a) |
| <input type="checkbox"/> ---Afroamericano(a) (puede colapsarse en "Afroamericano(a) y/o Negro(a)") | <input type="checkbox"/> ---Hispano(a) (puede colapsarse en "Hispano(a) y/o Latino(a)") |
| <input type="checkbox"/> ---Negro(a) (puede colapsarse en "Afroamericano(a) y/o Negro(a)") | <input type="checkbox"/> ---Latino(a) (puede colapsarse en "Hispano(a) y/o Latino(a)") |
| <input type="checkbox"/> Indio(a) Americano(a)/Nativo(a) Americano(a) | <input type="checkbox"/> Nativo(a) de oriente medio |
| <input type="checkbox"/> Isleño(a) del Pacífico | <input type="checkbox"/> Asiático(a) |
| <input type="checkbox"/> Brasileño(a) | <input type="checkbox"/> ---Etnia asiática (puede colapsarse en "Asiático(a)"; incluya detalles en "Otro" a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Caucásico(a)/Blanco(a) | |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

19. ¿Qué idioma(s) se hablan en su hogar?

20. ¿Cuál es el nivel de escolaridad más alta que usted ha alcanzado?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Menos de 9º grado | <input type="radio"/> Título de Asociado (Associate) o título/certificado técnico |
| <input type="radio"/> Entre 9º y 12º grado, sin diploma de bachillerato | <input type="radio"/> Licenciatura (Bachelor) |
| <input type="radio"/> Graduado de bachillerato (incluye GED o equivalente) | <input type="radio"/> Título de postgrado o profesional |
| <input type="radio"/> Algunos estudios universitarios, sin título | |

21. ¿Hay algo más que le gustaría decirnos relacionado con la salud o el bienestar en la región de MetroWest?