

Instrucciones para los entrevistadores / equipo de CHA de la encuesta:

- Puede cambiar la encuesta como lo crea conveniente. Puede añadir o eliminar preguntas. Esto es sólo una guía. Las preguntas se han puesto en práctica y han sido examinadas para garantizar su precisión. Por lo tanto, antes de cambiar la forma en que se formula una pregunta, es recomendable acudir a un profesional especializado en diseño de cuestionarios.
- Es obligatorio incluir preguntas demográficas en la encuesta para determinar lo representativa que es la muestra. Dichas preguntas le servirán para comparar la población de la muestra con la población del condado en su totalidad (datos del censo de Estados Unidos para ese año). Para facilitar la comparación, las categorías demográficas que aparecen en la encuesta corresponden a las preguntas del censo de 2010.
- Las instrucciones para el entrevistador están en **rojo**. No lea dichas instrucciones en voz alta cuando haga la encuesta. Si los encuestados van a completar la encuesta solos, es recomendable simplificar las instrucciones.
- Las preguntas similares o idénticas a las del Sistema de vigilancia de factores de riesgo en el comportamiento (conocido en inglés por sus siglas BRFSS) para 2010 están en **azul**. Si dispone de datos recientes del BRFSS para su condado puede eliminar estas preguntas de la encuesta CHA (evaluación de salud comunitaria). Además, se consideran datos recientes los del año anterior a la fecha de entrega de la evaluación de salud comunitaria. Por ejemplo, si la fecha de entrega de la evaluación CHA es diciembre de 2011 y dispone de los datos del BRFSS de su condado para 2010, no es necesario que incluya estas preguntas en la encuesta comunitaria.
- La encuesta explora todas las áreas de interés de Healthy Carolinians 2020. Las preguntas que recopilan información sobre una o más de las áreas de interés vienen acompañadas por el código **HC2020: áreas de interés**. **Si los encuestados van a completar la encuesta solos, es recomendable eliminar esta anotación.**

Claves de las abreviaturas de áreas de interés:

C	Generales
CD	Enfermedades crónicas
EH	Salud medioambiental
I	Lesión
ID/FI	Enfermedades infecciosas/Enfermedades de origen alimentario
MH	Salud mental
MIH	Salud materno infantil
OH	Salud oral
PAN	Actividad física y nutrición
SA	Drogadicción y alcoholismo
SDH	Determinantes sociales de la salud
STD/UP	Enfermedades de transmisión sexual/Embarazos accidentales
T	Tabaco



Encuesta 2011 sobre la salud de la comunidad

Lea la sección siguiente a cada posible participante:

(Muestran sus identificaciones.) Buenos días/tardes, me llamo _____ y me acompaña _____. Representamos al Departamento de salud de los condados de Granville y Vance. Estamos haciendo una encuesta en nuestro condado para conseguir más información sobre la salud y la calidad de vida en el condado de Vance. El Departamento de salud de los condados de Granville y Vance, y los asociados del Equipo de la Evaluación de nuestra Comunidad utilizarán estos resultados para crear planes que sirvan para solucionar algunos de los problemas de salud y comunitarios que tiene este condado.

¿Puedo acercarme un poco para hablar más con usted?

El suyo es uno de los domicilios que se eligieron al azar en el condado. La encuesta es totalmente voluntaria y tardaremos unos 20 minutos en completarla. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. La información que nos dé nunca será relacionada con usted por ningún motivo. Si Ud. completa esta encuesta, entraremos su nombre en un sorteo para ganar tarjetas de regalo y otros premios, que van a hacer en Julio. También les daremos hoy una bolsita que contiene información y algunos regalitos. Aquí tiene una tarjeta de información que Ud. puede considerar mientras que Ud. decide. (Give them the ¼ page information card)

¿Desea participar? _____ Sí _____ No

(Si no desea participar, interrumpa la encuesta y dele las gracias a la persona por su tiempo.)

Elegibilidad

¿Reside usted en el condado de Vance? _____ Sí _____ No

(Si no reside en el condado, interrumpa la encuesta y dele las gracias a la persona por su tiempo.)

¿Ha participado en esta encuesta este año?

_____ Sí _____ No _____ No lo sabe

(Si ya ha participado o no lo sabe, interrumpa la encuesta y dele las gracias por su tiempo.)

Si ellos pueden participar, diga: Si les preguntamos cualquier cosa que Ud. no entiende, o si quiere más información sobre alguna pregunta, por favor no tenga miedo de pedirnos.

Encuesta de opinión sobre la salud de la comunidad del condado de Vance

Sección 1. Preguntas sobre la calidad de vida

Díganos si está "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "neutro", "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con cada una de las seis afirmaciones siguientes.

HC2020: SHD

Preguntas	<i>Marque con un círculo el número que mejor represente la opinión de la persona sobre cada pregunta.</i>				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>1. ¿Qué piensa de la afirmación: "En el condado de Vance hay un buen sistema de salud"? Piense en el precio y la calidad, las opciones que existen y la facilidad con que se puede recibir atención médica en el condado.</p>	1	2	3	4	5
<p>2. ¿Qué piensa de la afirmación: "El condado de Vance es un buen lugar para tener hijos"? Piense en la calidad y seguridad de las escuelas y los programas de guardería infantil, los programas extraescolares y los lugares en los que los niños pueden jugar en el condado.</p>	1	2	3	4	5
<p>3. ¿Qué piensa de la afirmación: "El condado de Vance es un buen lugar para personas de edad avanzada"? Piense si en el condado existen viviendas para personas de edad, servicios de transporte a los centros médicos, entretenimiento y servicios para mayores.</p>	1	2	3	4	5
<p>4. ¿Qué piensa de la afirmación: "En el condado de Vance existen muchas oportunidades económicas"? Piense en la cantidad de puestos de trabajo de calidad, las oportunidades de capacitación laboral y educación superior, y la existencia de vivienda asequible en el condado.</p>	1	2	3	4	5
<p>5. ¿Qué piensa de la afirmación: "El condado de Vance es un lugar seguro para vivir"? Piense en si se siente seguro(a) en casa, en el trabajo, en la escuela, en las áreas de recreo, en los parques y en los centros comerciales del condado.</p>	1	2	3	4	5
<p>6. ¿Qué piensa de la afirmación: "En el condado de Vance existen muchas ayudas para las personas y las familias necesitadas"? Piense en el sistema social de ayuda del condado: vecinos, grupos de apoyo, iniciativas comunitarias de las iglesias, organizaciones de la comunidad y asistencia monetaria de emergencia.</p>	1	2	3	4	5

Sección 2. Mejoras en la comunidad

Lea: Las preguntas siguientes tratan de los problemas, cuestiones y servicios de la comunidad que son importantes para usted. Recuerde que sus respuestas no se relacionarán con usted de ningún modo.

7. HC2020: EH, SDH, I, MH

Lea esta lista de asuntos comunitarios. *(Entregue al encuestado la lista de asuntos comunitarios.)* **En su opinión, ¿cuál es el problema que más afecta la calidad de vida en el condado de Vance?** (Elija una respuesta solamente.) Si alguno de los asuntos que usted considera más graves no está en la lista, dígamelo para que lo pueda añadir. Si lo desea, puedo leerle la lista en voz alta mientras piensa su respuesta. *(Si el encuestado lo prefiere, lea la lista en voz alta.)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contaminación (aire, agua, tierra) | <input type="checkbox"/> Abandono y abuso (<i>indicar tipo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Abandono de los estudios | <input type="checkbox"/> Abuso de ancianos <input type="checkbox"/> Abuso de niños |
| <input type="checkbox"/> Ingresos bajos/pobreza | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Embarazo de Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Falta de seguro médico o seguro insuficiente | <input type="checkbox"/> Crímenes violentos (asesinatos, asaltos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Falta de confianza en el futuro | <input type="checkbox"/> Robo |
| <input type="checkbox"/> Discriminación/racismo | <input type="checkbox"/> Violaciones/agresiones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoyo de la comunidad | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Ninguna opinión |

8. HC2020: PAN, SDH, I, MH

(Entregue al encuestado la lista de servicios.) **¿Cuáles de los servicios siguientes piensa usted que necesita mejorar más en su barrio o comunidad?** (Elija una respuesta solamente.) Si alguno de los servicios que usted considera que necesitan mejorar más no está en la lista, dígamelo para que lo pueda añadir. Si lo desea, puedo leerle la lista en voz alta mientras piensa su respuesta. *(Lea los problemas en voz alta.)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Control de los animales | <input type="checkbox"/> Instalaciones de ocio mejores/más numerosas (parques, senderos, centros comunitarios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Opciones de guardería infantil | <input type="checkbox"/> Actividades familiares saludables |
| <input type="checkbox"/> Opciones de cuidados para mayores | <input type="checkbox"/> Actividades positivas para adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Servicios para discapacitados | <input type="checkbox"/> Opciones de transporte |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud más asequibles | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Mejores o más opciones de alimentación sana | <input type="checkbox"/> Empleo bien pagado |
| <input type="checkbox"/> Vivienda mejor/más asequible | <input type="checkbox"/> La prevención de abuso de drogas y alcohol |
| <input type="checkbox"/> Cantidad de proveedores de servicios médicos | <input type="checkbox"/> El tratamiento de abuso de drogas y alcohol |
| <input type="checkbox"/> <i>¿De qué tipo?</i> _____ | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de carreteras |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud apropiados a cada cultura | <input type="checkbox"/> Seguridad en carretera |
| <input type="checkbox"/> Asesoría/salud mental/grupos de apoyo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Parte 3. Información sobre la salud

9. HC2020: PAN, SA, I, MH, MIH, OH, STD/UP, ID/FI, T

¿Cuál es, en su opinión, el *comportamiento sano* sobre el que más información necesitan las personas en su comunidad? (Sugiera solo uno.)

(NO lea las opciones.) Marque solamente las que el encuestado le dice. SI no se le ocurre ninguna respuesta, dale la lista y ofrece leer las opciones; explique que podemos escribir otras respuestas)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comer bien/nutrición | <input type="checkbox"/> Utilizar asientos de seguridad para niños | <input type="checkbox"/> Prevenir la drogadicción y el alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio/condición física | <input type="checkbox"/> Ponerse el cinturón de seguridad | <input type="checkbox"/> Prevenir el suicidio |
| <input type="checkbox"/> Control del peso | <input type="checkbox"/> Manejar con seguridad | <input type="checkbox"/> Controlar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Ir al dentista para revisiones/cuidados preventivos | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar/Prevención del consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Controlar la agresividad |
| <input type="checkbox"/> Ir al médico para revisiones y evaluaciones anuales | <input type="checkbox"/> Cuidados de niños/Ser mejores padres | <input type="checkbox"/> Prevenir la violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Obtener atención prenatal durante el embarazo | <input type="checkbox"/> Cuidados de mayores | <input type="checkbox"/> Prevenir el crimen |
| <input type="checkbox"/> Ponerse vacunas antigripales u otras | <input type="checkbox"/> Cuidados de familiares con necesidades especiales / discapacidades | <input type="checkbox"/> Prevenir la violación/abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Prepararse para emergencias/desastres | <input type="checkbox"/> Prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (prácticas sexuales seguras) | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Ninguno |

10. ¿Dónde obtiene usted la mayoría de la información sobre la salud? Elija una respuesta solamente. ***(NO lea las opciones.) Marque solamente las que el encuestado le dice. SI no se le ocurre ninguna respuesta, dale la lista y ofrece leer las opciones; explique que podemos escribir otras respuestas)***

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos y familia | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Médico/enfermera | <input type="checkbox"/> Departamento de salud |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico | <input type="checkbox"/> Teléfonos de ayuda |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Libros/revistas |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> La escuela de mis hijos | |

11. ¿Hay algún tema sobre la salud o alguna enfermedad sobre los que a usted le gustaría saber más? ***(Anote todas las sugerencias.)***

12. ¿Se ocupa de cuidar a algún niño de entre 9 y 19 años de edad? (incluya a hijastros, nietos y otros parientes.)

- ___ Sí ___ *(No lea en voz alta.)* No contesta *(vaya a la pregunta 14)*
 ___ No *(vaya a la pregunta 14)*

13. **HC2020: PAN, SA, I, MH, OH, STD/UP, CD, T**

¿Sobre cuáles de los siguientes temas de salud piensa usted que necesitan más información sus hijos? *(Lea la lista. Dele tiempo para responder sí o no a cada respuesta. Marque todas las que correspondan.)*

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| a. ___ Higiene dental | f. ___ Tabaco | k. ___ Conducción
temeraria/velocidad excesiva |
| b. ___ Relaciones sexuales | g. ___ Enfermedades de
transmisión sexual | l. ___ Problemas mentales |
| c. ___ Trastornos
alimenticios | h. ___ Nutrición | m. ___ Prevención del suicidio |
| d. ___ Control del asma | i. ___ Alcohol | n. ___ Otro _____ |
| e. ___ Control de la diabetes | j. ___ Drogadicción | o. ___ Ninguno de estos |

Sección 4. Salud personal

Las siguientes preguntas tratan de su salud personal. Recuerde que las respuestas no serán relacionadas con usted en ningún momento.

14. **HC2020: C**

Diría usted que en general su salud es...

(Lea las opciones y pídale que elija solo una.)

- | | |
|--|-------------------------------|
| ___ Excelente | ___ Regular |
| ___ Muy buena | ___ Deficiente |
| ___ Buena | ___ No sabe/No está seguro(a) |
| ___ <i>(No lea en voz alta.)</i> No contesta | |

(Si el encuestado le empieza a hablar de la salud de un familiar, dígame ... Siento mucho lo que le pasa a su pariente. Es posible que sus respuestas nos ayuden a nosotros y a los líderes de la comunidad a resolver este tipo de problema de salud. Por ahora convendría concentrarnos en su salud.)

19. HC2020: PAN

¿Cuántas veces hace ejercicio o practica esta actividad durante una semana normal?
 _____ (anote un número)

(Si hace ejercicio más de una vez al día, cuente como una vez cada actividad física que dure media hora como mínimo.)

20. HC2020: PAN

¿A dónde va para hacer este ejercicio o actividad física? Marque todas las respuestas que correspondan.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| a. ___ YMCA | d. ___ Gimnasio privado |
| b. ___ Parque | e. ___ Residencia |
| c. ___ Centro recreativo público | f. ___ Otro: _____ |

Skip to question #22

21. HC2020: PAN

¿Cuáles son los motivos de que no haga ejercicio media hora como mínimo durante una semana normal? Puede darnos todas las razones que quiera. *(NO lea estas opciones. Marque solamente las que el encuestado le dice. Si no se le ocurre ningún motivo, marque "No sé").*

- | | |
|---|--|
| a. ___ Mi trabajo es físico o muy duro. | g. ___ No me gusta hacer ejercicio. |
| b. ___ No me parece importante hacer ejercicio. | h. ___ Cuesta demasiado dinero |
| c. ___ No puedo acudir a un centro que tenga lo que necesito, como por ejemplo una piscina, un campo de golf o una pista de carreras. | i. ___ No tengo ningún lugar seguro donde hacer ejercicio. |
| d. ___ No tengo tiempo de hacer ejercicio. | j. ___ Estoy demasiado cansado para hacer ejercicio. |
| e. ___ No tengo con quién dejar a los niños. | k. ___ Tengo una discapacidad física. |
| f. ___ No sé cómo encontrar un compañero(a) con quien hacer ejercicio. | l. ___ No sé |
| | m. ___ Otro _____ |

22. HC2020: PAN

Sin contar ensaladas de lechuga o productos de la papa, piense en la frecuencia con que come frutas y verduras durante una semana normal. *(It is easier for most people to work up to the amount in a week. Start with 1) ¿Come Ud frutas? 2) ¿Cuántas veces al día/semana? 3) ¿Si una manzana represente una ración, cuántas en uno día típico come Ud? This should get you to how many in a week. Then do the same for veggies. FOR JUICE – ask: ¿Tome Ud. Jugo ? Este jugo de 100% frutas? Etc. BE SURE to check the amount they usually drink at one time. 1 cup can vary in size!)*

¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume normalmente a la semana?

Una taza es una manzana o 12 zanahorias pequeñas.

(Escriba el número de tazas en el espacio correspondiente.)

- | | | |
|--------------------------------|-------|--|
| a. Tazas de fruta | _____ | c. _____ Nunca como fruta |
| b. Tazas de verdura | _____ | d. _____ Nunca como verdura |
| e. Tazas de jugo de fruta 100% | _____ | f. _____ Nunca bebo jugo de fruta 100% |

(Si le pregunta sobre las ensaladas de lechuga: Una ensalada de lechuga es una ensalada de la casa normal con lechuga iceberg, por ejemplo, o las mezclas para ensalada que venden en las tiendas o en los restaurantes de comida rápida, aunque tengan algún tipo de carne encima.)

(Si le pregunta sobre los productos de la papa: Productos de la papa son, por ejemplo, papas fritas, papas asadas, hash browns, puré de papas y cualquier otra cosa hecha con papas blancas.)

(Si le pregunta: En lo que se refiere a este estudio, el ketchup no se considera una verdura.)

23. HC2020: T

¿Ha estado expuesto a humo de segunda mano durante el año pasado?

_____ Sí _____ No *(vaya a la pregunta 25)*

_____ No sabe/ No está seguro(a) *(vaya a la pregunta 25)*

_____ *(No lea en voz alta.) No contesta (vaya a la pregunta 25)*

24. HC2020: T

¿Dónde piensa que se encuentra expuesto al humo de segunda mano con más frecuencia? (Marque sólo un sitio) (Dele tiempo para responder, y si no se le ocurre ninguna respuesta, lea la lista.

- | | |
|-----------------------|--|
| a. _____ Residencia | e. _____ Escuela |
| b. _____ Trabajo | f. _____ Otro: _____ |
| c. _____ Hospitales | g. _____ No estoy expuesto(a) al humo se segunda mano. |
| d. _____ Restaurantes | |

25. HC2020: T

¿Fuma usted? (Incluya cuando fuma en situaciones sociales.)

_____ Sí _____ No *(Si no, pasar a la pregunta 27)*

_____ *(No lea en voz alta.) No contesta*

26. HC2020: T

¿A dónde acudiría para que le ayudaran a dejar de fumar?
(NO lea estas opciones. Marque solo una.) Si no se le ocurre ninguna repuesta, marque “No sabe”.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| a. ___ Quit Line NC | f. ___ Departamento de salud |
| b. ___ Médico | g. ___ No sabe |
| c. ___ Iglesia | h. ___ Otro |
| d. ___ Farmacia | i. ___ No corresponde; no quiero dejar de fumar |
| e. ___ Consejero o terapeuta privado | |

27. HC2020: ID/FI

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre la vacuna contra la gripe. La vacuna contra la gripe puede ponerse con una inyección en el brazo o en forma de aerosol por la nariz con “FluMist”. ¿Se ha puesto una vacuna contra la gripe estacional en los últimos 12 meses?

- ___ Sí, una inyección
 ___ Sí, un aerosol nasal
 ___ Sí, ambos
 ___ No
 ___ No sabe / No está seguro(a)
 ___ No contesta (*No lea en voz alta.*)

Parte 5. Acceso a atención/salud familiar

28. ¿A dónde acude con más frecuencia cuando se enferma? (*NO lea estas opciones. Marque solamente las que el encuestado le dice. Si no se le ocurre ninguna respuesta, lea: Estas son algunas posibilidades. Lea las respuestas. Marque solo una.*)

- | | |
|--|-------------------------|
| ___ Consultorio médico | ___ Clínica |
| ___ Departamento de salud | ___ Centro de urgencias |
| ___ Hospital | ___ Otro: _____ |
| ___ No contesta (<i>No lea en voz alta.</i>) | |

29. **HC2020: C Start with** ¿Tiene Ud. algún plan de seguro médico? **If they say yes, then ask ...** ¿Qué plan de seguro de salud tiene? ¿Es este el plan que paga las facturas médicas primero o que paga la mayoría de las facturas médicas? **(Elija una respuesta solamente.)**

[Nota: El State Employee Health Plan (seguro médico para empleados estatales) también se conoce con el nombre “North Carolina Teacher’s and Employee Health Plan”. Medicare es un programa federal de seguro médico para mayores de 65 y algunas personas jóvenes discapacitadas. Medicaid es un programa estatal de seguro médico para familias y personas con recursos financieros limitados o circunstancias especiales.]

- a. ___ The State Employee Health Plan
- b. ___ Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
- c. ___ Otro plan de seguro médico privado pagado por el empleador o lugar de trabajo
- d. ___ Otro plan de seguro médico privado adquirido directamente del asegurador
- e. ___ Medicare
- f. ___ Medicaid o Carolina ACCESS o Health Choice 55
- g. ___ Militar, Tricare, CHAMPUS o VA
- h. ___ The Indian Health Service
- i. ___ Otro (plan del gobierno)
- j. ___ No tiene seguro médico

No leer: k. ___ No sabe/ No está seguro(a) l. ___ No contesta

30. **HC2020: C, OH**

¿Ha tenido algún problema para obtener atención para usted o alguien de su familia de algún proveedor médico, dentista, farmacia u otro tipo de establecimiento médico en los últimos 12 meses?

- ___ Sí ___ *(No lea en voz alta.)* No contesta *(vaya a la pregunta 33)*
 ___ No *(vaya a la pregunta 33)* ___ No sabe/ No está seguro(a) *(vaya a la pregunta 33)*

31. **HC2020: C**

¿Con qué proveedor o centro médico tuvo usted o su familiar el problema para obtener atención? Puede elegir todas las respuestas que necesite. Si el proveedor con el que tuvo el problema no está en la lista, dígamelo y yo lo anotaré. *(Lea los proveedores.)*

- | | |
|--|--------------------------------|
| ___ Dentista | ___ Médico de medicina general |
| ___ Óptica/optometrista/ofthalmólogo | ___ Farmacia/recetas |
| ___ Pediatra | ___ Ginecólogo/obstetra |
| ___ Hospital | ___ Departamento de salud |
| ___ Centro de urgencias | ___ Clínica |
| ___ Especialista <i>(¿qué especialidad?)</i> _____ | |

32. HC2020: C

¿Cuál de los problemas siguientes evitó que usted o su familiar obtuvieran la atención médica necesaria? Puede elegir todas las respuestas que necesite. Si alguno de los problemas que tuvo no está en la lista, dígamelo y yo lo anotaré. (*Lea los problemas.*)

- a. No tenía seguro.
- b. El seguro no cubría lo que necesitaba.
- c. La parte de la factura que había que pagar (deducible/copago) era demasiado alta.
- d. El médico no aceptaba el seguro o Medicaid.
- e. El hospital no aceptaba el seguro.
- f. La farmacia no aceptaba el seguro o Medicaid.
- g. El dentista no aceptaba el seguro o Medicaid.
- h. No tenía forma de llegar hasta allí.
- i. No sabía a dónde ir.
- j. No se pudo conseguir una cita.
- k. La espera era demasiado larga.
- l. Otro: _____

33. HC2020: MH

Si un amigo o familiar tuviera algún problema de salud mental, de alcoholismo o de drogadicción, ¿quién sería la primera persona con la que le recomendaría que hablara? (*NO lea estas opciones. Si no se le ocurre nada, lea: Estas son algunas posibilidades. Elija una respuesta solamente. Lea las respuestas.*)

- a. Consejero o terapeuta privado
- b. Grupo de apoyo (ej., AA, Al-Anon)
- c. Consejero escolar
- d. No sabe
- e. Médico
- f. Sacerdote/Pastor
- g. Agencia de Salud Mental
- h. Otro: _____
- i. (*No lea en voz alta*) Prefiere no responder

Sección 6. Preparación para casos de emergencia

34. ¿Tiene instalados en su vivienda detectores de humo y de monóxido de carbono? (Marque solo una respuesta.)

- Sí, solo detectores de humo
- Sí, solo detectores de monóxido de carbono
- Sí, ambos
- No
- No sabe/ No está seguro(a)
- (*No lea en voz alta.*) No contesta

35. ¿Tiene su familia un paquete de suministros de emergencia?

(Estos paquetes incluyen agua, alimentos no perecederos, los medicamentos con receta que se necesiten, primeros auxilios, linternas y pilas, abridor de latas manual, mantas, etc.)

- ___ Sí ___ No (*vaya a la pregunta 37*)
 ___ No sabe/ No está seguro(a) (*vaya a la pregunta 37*)
 ___ (*No lea en voz alta*) No contesta (*vaya a la pregunta 37*)

36. Si lo tiene, ¿para cuántos días son los suministros? _____ (*anote un número*)**37. ¿En un desastre de gran escala o emergencia, cual sería la principal manera de comunicar con su familia? (*Marque solo una respuesta*) (**NO lea estas opciones**)**

- | | |
|------------------------------|--|
| ___ a. Teléfono de la casa | ___ e. Radio de doble vía |
| ___ b. Teléfono celular | ___ g. Otro (describir) _____ |
| ___ c. Correo electrónico | ___ h. No sabe/ No está seguro(a) |
| ___ d. Pager (buscapersonas) | ___ i. (<i>No lea en voz alta</i>) No contesta |

38. ¿Cuál sería el medio principal por el que obtendría información autorizada en caso de emergencia o una catástrofe a gran escala? (*Marque solo una respuesta.*) (NO lea estas opciones; si no se le ocurre nada, marque “No sabe/ne está seguro”.**)**

- | | |
|---------------------------------|--|
| ___ a. Televisión | ___ f. Vecinos |
| ___ b. Radio | ___ g. Mensaje de texto (sistema de alerta de emergencias) |
| ___ c. Internet | ___ h. Otro (describir) _____ |
| ___ d. Prensa (ej.: periódico) | ___ i. No sabe/ No está seguro(a) |
| ___ e. Página web de red social | ___ j. (<i>No lea.</i>) No contesta |

39. Si las autoridades decretaran una evacuación obligatoria de su barrio o comunidad debido a una catástrofe a gran escala u otra emergencia, ¿seguiría usted la orden de evacuación?

- ___ Sí (*vaya a la pregunta 41*) ___ No (*vaya a la pregunta 40*)
 ___ No sabe/ No está seguro(a) (*vaya a la pregunta 40*)
 ___ (*No lea en voz alta.*) No contesta

40. ¿Cuál sería el motivo principal para que no respetara la orden de evacuación?
(Marque solo una respuesta.) (NO lea estas opciones; si no se le ocurre nada, marque “No sabe/ne está seguro

- ___ a. Falta de transporte
 ___ b. Falta de confianza en las autoridades
 ___ c. No querer dejar sus posesiones/propiedad
 ___ d. Preocupación sobre la seguridad personal
 ___ e. Preocupación sobre la seguridad de la familia
 ___ f. No querer dejar solos a sus animales
 ___ g. Preocupación sobre atascos de tráfico y la imposibilidad de salir
 ___ h. Problemas de salud (no se me podría trasladar)
 ___ i. Otro (describir) _____
 ___ j. No sabe/ No está seguro(a)
 ___ k. *(No lea en voz alta.)* No contesta

Sección 7. Preguntas demográficas

Las preguntas siguientes son preguntas **generales** sobre usted y solo aparecerán en un resumen de todas las respuestas que hayan dado los participantes. Las respuestas son anónimas.

41. ¿Cuántos años tiene? (Marque una categoría.)

- | | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|
| ___ 18 - 19 | ___ 35 - 39 | ___ 55 - 59 | ___ 75 - 79 |
| ___ 20 - 24 | ___ 40 - 44 | ___ 60 - 64 | ___ 80 - 84 |
| ___ 25 - 29 | ___ 45 - 49 | ___ 65 - 69 | ___ 85 o más |
| ___ 30 - 34 | ___ 50 - 54 | ___ 70 - 74 | |
| ___ <i>(No lea en voz alta.)</i> No contesta | | | |

42. ¿Es usted hombre o mujer? (En la mayoría de los casos el entrevistador mismo puede responder sin tener que preguntar.)

- ___ Hombre ___ Mujer ___ *(No lea en voz alta.)* No contesta

43. a) ¿Es usted hispano, latino o de origen hispano?

- ___ Sí ___ No *(vaya a la pregunta 43)*
 ___ *(No lea en voz alta.)* No contesta

47. HC2020: SHD

¿Cuál es el curso más alto que ha completado en la escuela, la universidad o la escuela vocacional? *(Marque solo una respuesta.)*

- _____ Menos de noveno grado
- _____ Grado 9-12, sin diploma
- _____ Ha finalizado la escuela secundaria (o GED/equivalente)
- _____ Diploma universitario de dos años o capacitación vocacional
- _____ Universidad, pero sin diploma
- _____ Título universitario
- _____ Título de posgrado o profesional
- _____ Otro: _____
- _____ *(No lea en voz alta.) No contesta*

48. HC2020: SHD

¿Cuáles fueron los ingresos de su familia durante el año anterior, sin contar impuestos? Dígame a qué categoría pertenece usted. *(Lea las opciones. Marque solo una.)*

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| _____ Menos de \$10,000 | _____ \$35,000 a \$49,999 |
| _____ \$10,000 a \$14,999 | _____ \$50,000 a \$74,999 |
| _____ \$15,000 a \$24,999 | _____ \$75,000 a \$99,999 |
| _____ \$25,000 a \$34,999 | _____ \$100,000 o más |
- _____ *(No lea en voz alta.) No contesta*

49. HC2020: SHD

¿Cuántas personas viven con estos ingresos? _____

(Si le pregunta si la pensión para menores cuenta: Si paga una pensión a un hijo que no vive con usted, también cuenta como persona que vive de sus ingresos.)

50. HC2020: SHD

¿Cuál es su situación laboral? Le voy a leer la lista de opciones. Dígame cuál es su caso. *(Lea las opciones. Marque todas las que correspondan.)*

- | | |
|--|--|
| a. _____ Empleado a tiempo completo | g. _____ Discapacitado |
| b. _____ Empleado a tiempo parcial | h. _____ Estudiante |
| c. _____ Jubilado | i. _____ Ama de casa |
| d. _____ Militar | j. _____ Autónomo |
| e. _____ Desempleado por más de un año | k. _____ Desempleado por menos de un año |
- f. _____ *(No lea en voz alta.) No contesta*

51. ¿Tiene acceso a Internet?

___ Sí

___ No

___ No sabe/ No está seguro(a)

___ *(No lea en voz alta.)* No contesta

52. ¿Cuál es su código postal? (Escriba solo los cinco primeros dígitos.)

(Lea en voz alta) Estas son todas las preguntas que le queríamos hacer. Muchas gracias por ayudarnos a completar esta encuesta!!!

FIN.

NO LEER, sólo con fines administrativos. Eliminar para encuestas que el encuestado complete sin ayuda:

En base a los ingresos familiares totales (47) y cantidad de personas que viven de sus ingresos (48).

Porcentaje del umbral federal de pobreza = (ingresos/referencia*100%) = _____%

[Para obtener una estimación conservadora, presuponga el nivel de ingresos medios para cada categoría de 47 y compare los umbrales para el número de personas que forman la familia.]

Los umbrales de pobreza de 2010 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia	
Personas en la familia	Umbrales de pobreza
1	\$10,830
2	14,570
3	18,310
4	22,050
5	25,790
6	29,530
7	33,270
8	37,010

Para familias de más de 8 personas, sume \$3,740 por cada persona más.