

3. ¿Cuál es su edad? Por favor, elija sólo uno:

- 35 a 44 45 a 54 18 a 24 25 a 34
- 75 o más 55 a 64 65 a 74

4. ¿Eres de origen hispano o Latino o descendencia? Por favor escoja uno:

- Sí, hispano o latino Prefiero no responder
- No, no hispanos o latinos

5. ¿Qué carrera te describe mejor? Por favor escoja uno:

- Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico Otro
- Asiático Blanco Prefiere no responder
- Negro o Afroamericano Más de una carrera

6. ¿Identifica su género como:

- Masculino Transgénero: Masculino a Femenino Otro/Género no conforme
- Mujer Transgénero: De mujer a hombre

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual? Por favor, elija sólo uno:

- Heterosexual Bisexual
- Gay o Lesbiana Otro

8. ¿Qué idioma habla PRINCIPALMENTE en casa? Por favor, elija sólo uno:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Árabe | <input type="radio"/> Alemán | <input type="radio"/> Vietnamita |
| <input type="radio"/> Chino | <input type="radio"/> Haitian Creole | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Ruso | |
| <input type="radio"/> Francés | <input type="radio"/> Español | |

9. ¿Qué tan bien habla inglés? Por favor, elija sólo uno:

- Muy bien Bien No muy bien Nada

10. ¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que has completado? Por favor, elija sólo uno:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Menos de la escuela secundaria | <input type="radio"/> En alguna universidad, sin título | <input type="radio"/> Graduado - Nivel de Grado o Superior |
| <input type="radio"/> Alguna escuela secundaria, pero sin diploma | <input type="radio"/> 2 - Año Título universitario | <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="radio"/> Diploma de la escuela secundaria (GED) | <input type="radio"/> 4 - Año Título universitario | |

11. ¿Cuánto dinero total combinado ganaron todas las personas que viven en su casa el año pasado? Por favor, elija sólo uno:

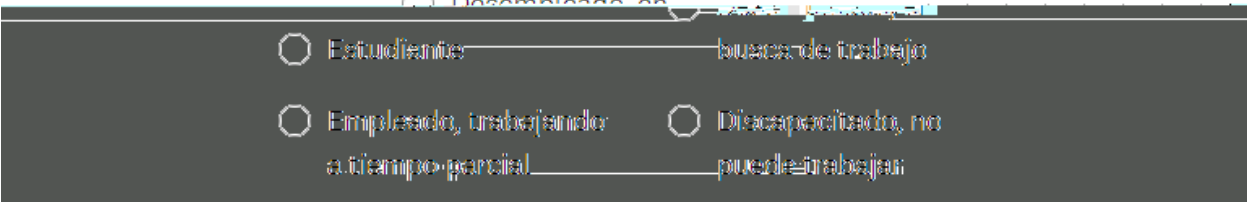
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> De \$0 a \$9,999 | <input type="radio"/> De \$75,000 a \$99,999 | <input type="radio"/> De \$175,000 a \$199,999 |
| <input type="radio"/> De \$10,000 a \$24,999 dólares | <input type="radio"/> De \$100,000 a \$124,999 | <input type="radio"/> \$200,000 y más |
| <input type="radio"/> De \$25,000 a \$49,999 | <input type="radio"/> De \$125,000 a \$149,999 | <input type="radio"/> Prefiero no responder |
| <input type="radio"/> De \$150,000 a \$174,999 | | <input type="radio"/> De \$50,000 a \$74,999 |

12. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el estado actual de su relación? Por favor, elija sólo uno:

- Casado
- Divorciado
- En una pareja de hecho o unión civil
- Soltero
- Viudo
- Separado
- Soltero, pero viviendo con un ser querido

13. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su situación laboral? Por favor, elija sólo uno:

- Empleado, trabajando a tiempo completo
- Retirado
- Sin empleo, NO estoy buscando trabajo



14. ¿Qué medio de transporte utiliza con más frecuencia para ir a los lugares? Por favor, elija sólo uno:

- Conduzco mi propio coche
- Camino
- Monto en motocicleta o scooter
- Alguien me lleva
- Voy en bicicleta
- Tomo un Uber/Lyft
- Tomo un taxi
- De alguna otra manera

15. Es usted:

- Un veterano
- En servicio activo
- Guardia Nacional/ Reserva
- Ninguna

Si 'ninguna', pase a la pregunta 17

16. Si es veterano, en servicio activo o guardia nacional/reserva, ¿está recibiendo atención en la VA?

- Sí No

17. ¿Cómo paga usted la mayor parte de su atención médica? Por favor, elija sólo uno:

- Pago en efectivo / No tengo seguro Servicios de Salud para Indígenas Administración de Veteranos
- TRICARE Medicaid o Medicaid HMO De alguna otra manera
- Medicare o Medicare HMO Seguro médico comercial (HMO, PPO)

18. Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven actualmente en tu casa? Por favor, elija sólo uno:

- 1 3 5
- 2 4 6 o más

19. ¿Es usted un cuidador de un miembro adulto de la familia que no puede cuidar de sí mismo en su casa?

- Sí No

20. Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas de 65 años o más viven actualmente en tu casa? Por favor, elija sólo uno:

- Ninguno 3 6 o más
- 1 4
- 2 5

21. ¿Cuántos NIÑOS (menores de 18 años) viven actualmente en su casa? Por favor, elija sólo uno:

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

Si 'ninguno', pase a la pregunta 33

Salud infantil

22. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que los niños en su hogar necesitaron atención médica pero NO recibieron la atención que usted necesitaba?

- Sí
- No

Si 'no', pase a la pregunta 24

23. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibieron la atención médica que necesitaban? Por favor, elija sólo uno:

- No puedo permitírmelo / Costos excesivos
- Tuve problemas para conseguir una cita
- Tuve problemas de transporte
- No tengo seguro médico
- No tengo un médico
- Otro
- No sé adónde ir

24. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que los niños en su hogar necesitaron cuidado DENTAL pero NO recibieron el cuidado que usted necesitaba?

- Sí
- No

Si 'no', pase a la pregunta 26

25. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibieron la atención dental que necesitaban? Por favor, elija sólo uno:

- No puedo permitírmelo / Costos excesivos
- Tuve problemas para conseguir una cita
- No tengo seguro médico
- No sé adónde ir
- No tengo dentista
- Otro

26. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que los niños en su hogar necesitaron atención de salud mental pero NO recibieron la atención que usted necesitaba?

- Sí
- No

Si 'no', pase a la pregunta 28

27. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibieron la atención de salud

- Tuve problemas para conseguir una cita
- No puedo permitírmelo / Costos excesivos
- No tengo seguro médico
- Tuve problemas de transporte
- Otro
- No tengo un médico/consejero
- No sé adónde ir

28. Me siento seguro al caminar en mi vecindario.

- Sí
- No

29. Si respondió "no", REVISE TODAS las razones por las que no se siente seguro al caminar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tráfico | <input type="checkbox"/> Perros sin correa |
| <input type="checkbox"/> No hay aceras | <input type="checkbox"/> Detenido por la policía |
| <input type="checkbox"/> Mal estado de las carreteras o aceras | <input type="checkbox"/> Delitos violentos o robo |

30. Revise todos los problemas de salud que los niños en su hogar han enfrentado. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mis hijos no han tenido problemas de salud | <input type="checkbox"/> Problemas dentales (como caries, conductos radiculares, extracciones, cirugía y otros) |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Abuso infantil / negligencia infantil |
| <input type="checkbox"/> Intimidación | <input type="checkbox"/> Diabetes / Pre-diabetes /Alto nivel de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Lesiones o accidentes involuntarios que requieren atención médica inmediata (como una conmoción cerebral por practicar deportes) | <input type="checkbox"/> Consumir drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento / Salud Mental | <input type="checkbox"/> Usar tabaco, e-cigarrillos o vapores |
| <input type="checkbox"/> Niños con sobrepeso | <input type="checkbox"/> Embarazadas adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Niños con bajo peso | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Relacionados con el nacimiento (como bajo peso al nacer, prematuridad, prenatal y otros) | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) |

31. Revise todas las necesidades especiales a las que se han enfrentado los niños en su hogar. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mis hijos no tienen necesidades especiales | <input type="checkbox"/> Perturbación emocional |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Autismo / trastorno de desarrollo generalizado (PDD) | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (antes retraso mental) |
| <input type="checkbox"/> Ceguera / discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Discapacidades / diferencias de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas del habla y del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Niño que usa una silla de ruedas o andador | <input type="checkbox"/> Espina bífida |
| <input type="checkbox"/> Sordera / pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (DD) | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | |

32. Haga cualquier niño en su casa:

	Sí	No	No estoy seguro
Saber nadar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Use un casco de bicicleta/patinaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los niños menores de 8 años de edad usan un asiento de seguridad para el automóvil o un asiento elevado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Use el cinturón de seguridad en todo momento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener acceso a una piscina donde usted vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibir todas las vacunas para prevenir enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene un historial de haber sido intimidado (incluyendo medios sociales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibir educación sobre la seguridad de las armas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Use protector solar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coma al menos 3 porciones de frutas y verduras todos los días

Haga ejercicio por lo menos 60 minutos todos los días

Obtenga 8 horas o más de sueño cada noche....

Coma Comida

0 Todas las Semanas

Beba refrescos azucarados, bebidas energéticas o bebidas deportivas todos los días

Coma comida chatarra todos los días

Permanezca en casa y no vaya a la escuela 5 o más días al año debido a problemas de salud

Necesita acceso regular a una enfermera escolar

Asistir a una escuela pública o charter

Salud de la comunidad

Las siguientes preguntas se refieren a su opinión sobre la comunidad en la que vive.

33. En general, ¿cómo calificaría la salud de la comunidad en la que vive? Por favor, elija sólo uno:

- Muy insalubre Insalubre Algo saludable Sano
- Muy saludable No estoy seguro

34. Por favor, lea la lista de comportamientos de riesgo que aparece a continuación. ¿Cuáles cree usted que son las tres más perjudiciales para la salud general de su comunidad?

Por favor, seleccione los tres comportamientos que cree que son:

- (1) Más dañinos;
- (2) Segundo Más dañino; y,
- (3) Tercer Más dañino.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Seleccione uno para cada fila

1 - Lo más perjudicial	<input type="text"/>
2 - El segundo más perjudicial	<input type="text"/>
3 - Tercero más perjudicial	<input type="text"/>

35. Lea la lista de problemas de salud y piense en su comunidad. ¿Cuáles de estos temas cree usted que son los más importantes para mejorar la salud de su comunidad?

Para ello, seleccione qué tres problemas de salud que crea que son :

- (1) *Más Importante;*
- (2) *Segunda Más Importante; y,*
- (3) *Tercera Más Importante.*

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Seleccione uno para cada fila

1 - Lo más importante	<input type="text"/>
2 - Segundo más importante	<input type="text"/>
3 - Tercero más importante	<input type="text"/>

36. Por favor, lea la siguiente lista de factores. ¿Cuáles cree que son los más importantes para mejorar la calidad de vida en una comunidad?

Para ello, seleccione en tres ventanas consecutivas que son:

- (1) *Más Importante;*
- (2) *Segundo Más Importante; y,*
- (3) *Tercer Más Importante.*

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Seleccione uno para cada fila

1 - Lo más importante	
2 - Segundo más importante	
3 - Tercero más importante	

37. A continuación se presentan algunas declaraciones acerca de su comunidad local. Por favor, díganos cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy seguro
El abuso de drogas es un problema en mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo problemas para obtener los servicios de atención médica que necesito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenemos grandes parques e instalaciones recreativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil llegar al transporte público si lo necesito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay un montón de trabajos disponibles para aquellos que los quieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El crimen en mi área es un problema serio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La contaminación del aire es un problema en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me siento seguro en mi propio vecindario.

Hay lugares asequibles para vivir en mi vecindario.

La calidad de la atención médica es buena en mi vecindario.

Hay buenas

aceras para caminar con seguridad.

Soy capaz de obtener alimentos saludables fácilmente.

38. A continuación se presentan algunas declaraciones acerca de sus conexiones con las personas en su vida. Por favor, díganos cuánto está de acuerdo o en

~~cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.~~

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

No estoy seguro

Soy feliz con mis amistades y relaciones

Tengo suficientes personas a las que puedo pedir ayuda en cualquier momento

Mis relaciones son tan satisfactorias como me gustaría que fueran

Mis relaciones son tan

39. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera?

- Para nada Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Si desea ayuda o desea hablar sobre estos temas, llame a la Línea directa nacional para la prevención de suicidios al 1-800-273-8255.

40. En los últimos 12 meses, me preocupaba si se nos acabaría la comida antes de

- A menudo cierto A veces cierto Nunca es verdad

41. En los últimos 12 meses, la comida que compramos no duró mucho y no teníamos dinero para conseguir más. Por favor, elija sólo uno:

- A menudo cierto A veces cierto Nunca es verdad

42. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien que vive en su casa alguna vez recibió alimentos de emergencia de una iglesia, una despensa de alimentos o un banco de alimentos, o comió en un comedor de beneficencia?

- Sí No

44. ¿Ha habido alguna vez en los últimos 2 años en que haya estado viviendo en la calle o en un refugio temporal?

- No Sí

45. ¿Está preocupado o preocupado de que en los próximos 2 meses no tenga una vivienda estable que sea de su propiedad, que alquile o que se quede en ella como parte de un hogar?

- Sí No

46. En los últimos 12 meses su compañía de servicios públicos le ha cortado el servicio por no pagar sus cuentas?

- Sí No

47. En los últimos 12 meses, ¿ha usado un analgésico recetado (morfina, codeína, hidrocodona, oxicodona, metadona o fentanilo) sin la prescripción de un médico o de manera diferente a como un médico le dijo que lo usara?

- Sí No

Salud personal & cuidado de la salud

Las siguientes preguntas son acerca de su salud personal y sus opiniones sobre cómo obtener atención médica en su comunidad.

48. En general, ¿cómo calificaría su PROPIA salud PERSONAL? Por favor, elija sólo uno:

- Muy insalubre Insalubre Algo saludable Sano

- Muy saludable No estoy muy saludable Estoy seguro

49. En los últimos 12 meses, ¿cómo ha cambiado su salud? Por favor, elija sólo uno:

- Mejoró Permaneció más o menos igual Empeoró

50. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que necesitó atención médica pero NO recibió la atención que necesitaba?

- Sí No

Si 'no', pase a la pregunta 52

51. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibió la atención médica que necesitaba? Por favor, elija sólo uno:

- No puedo permitírmelo / Costos excesivos Tuve problemas para conseguir una cita
- Tuve problemas de transporte No tengo seguro médico
- No tengo un médico Otro
- No sé adónde ir

52. Pensando en su salud MENTAL, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cómo calificaría su salud mental en general? Por favor, elija sólo uno:

- Excelente Muy bueno Bueno Justo
- Pobre

53. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que necesitó atención de salud mental pero NO recibió la atención que necesitaba?

- Sí No

Si 'no', pase a la pregunta 55

54. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibió la atención de salud mental que necesitaba? Por favor, elija sólo uno:

- No puedo permitírmelo / Costos excesivos
- Tuve problemas para conseguir una cita
- Tuve problemas de transporte
- No tengo seguro médico
- No tengo un médico / consejero
- Otro
- No sé adónde ir

55. ¿Hubo algún momento en los ÚLTIMOS 12 MESES en que necesitó atención dental pero NO recibió la atención que necesitaba?

- Sí
- No

Si 'no', pase a la pregunta 57

56. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que no recibió la atención dental que necesitaba? Por favor, elija sólo uno:

- No puedo permitírmelo / Costos excesivos
- Tuve problemas para conseguir una cita
- Tuve problemas de transporte
- No tengo seguro dental...
- Tuve problemas de transporte
- No tengo dentista...
- No sé adónde ir
- No sé adónde ir

57. En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencia de un hospital (ER) para informarse sobre su propia salud?

- Sí
- No, no he ido a la sala de emergencias de un hospital en los últimos 12 meses

Si 'no', pase a la pregunta 60

58. Por favor, introduzca el número de veces que ha ido a la sala de urgencias de un hospital sobre su propia salud en los últimos 12 meses :

59. ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que usó el INSTEAD de la sala de urgencias de un hospital o a una clínica? Por favor, elija sólo una emergencia para ir al consultorio de un médico:

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Emergencia / Situación de peligro de muerte | <input type="checkbox"/> Fuera de horario / Fin de semana | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> No tengo seguro | <input type="checkbox"/> No tengo médico / clínica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Larga espera para una cita con mi médico habitual | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Costo | |

60. ¿Alguna vez un médico u otro proveedor médico le ha dicho que usted tuvo alguno de los siguientes problemas de salud? MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trazo |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | |

61. ¿Con qué frecuencia fuma? Por favor, elija sólo uno:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> No fumo cigarrillos | <input type="radio"/> Fumo menos de un paquete al día | <input type="radio"/> Fumo alrededor de un paquete al día | <input type="radio"/> Fumo más de un paquete al día |
|---|---|---|---|

62. ¿Con qué frecuencia utiliza los cigarrillos electrónicos? Por favor, elija sólo uno:

- Yo no fumo e-
cigarrillos
- Algunos días
fumo e-
cigarrillos
- Fumo e-
cigarrillos
todos los días

Las preguntas finales son sobre los eventos que ocurrieron durante tu infancia. Esta información nos permitirá entender mejor cómo los problemas que quedan ocurrir en

las primeras etapas de la vida pueden tener un impacto en la salud más adelante en la vida. Este es un tema delicado y algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Si prefiere no responder a estas preguntas, puede omitirlas.

Para estas preguntas, por favor recuerde el tiempo ANTES de los 18 años de edad.

63. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o con tendencias suicidas?

- Sí
- No

64. ¿Vivió con alguien que tuviera problemas con el alcohol o la bebida?

- Sí
- No

65. ¿Vivió con alguien que usó drogas ilegales o que abusó de medicamentos recetados?

- Sí
- No

66. ¿Vivió con alguien que cumplió condena o que fue sentenciado a cumplir condena en una prisión, cárcel u otra institución correccional?

- Sí
- No

67. ¿Tus padres estaban separados o divorciados?

Sí

No

68. ¿Con qué frecuencia tus padres o adultos en tu casa se abofeteaban, golpeaban, pateaban, golpeaban o golpeaban entre sí?

Nunca

Una vez

Más de una vez

69. ¿Con qué frecuencia un padre o un adulto en su casa lo golpeó, golpeó, pateó o hirió físicamente de alguna manera?

Nunca

Una vez

Más de una vez

vez

70. ¿Con qué frecuencia uno de los padres o un adulto en tu casa te maldijo, insultó o menospreció?

Nunca

Una vez

Más de una vez

vez

71. ¿Con qué frecuencia un adulto o alguien por lo menos 5 años mayor que tú te tocaba sexualmente?

Nunca

Una vez

Más de una vez

vez

72. ¿Con qué frecuencia un adulto o alguien por lo menos 5 años mayor que tú trató de hacer que los tocaras sexualmente?

Nunca

Una vez

Más de una vez

vez

¿Cuántas veces más se le habla a los niños y niñas sobre el consentimiento sexual que a los adolescentes y jóvenes?

Más de una vez

Nunca

Una vez

Si desea ayuda o desea hablar sobre estos temas, por favor llame a la Línea Directa Nacional de Abuso Infantil al 1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453).

**eso con.uye nuestra encuesta. Gracias por participar!
Su opinión es importante.**