

Por favor tome 15 minutos para completar la siguiente encuesta. El propósito de esta encuesta es obtener sus opiniones sobre los problemas de salud de la comunidad del Condado de Solano. El Comité de Salud de la Comunidad del Condado de Solano usará los resultados de esta encuesta y otra información para identificar los problemas más fuertes que pueden ser resueltos mediante acción de la comunidad. Si usted ha completado una encuesta con anterioridad, por favor no llenas ésta. Recuerde... ¡**SU opinión es importante!** Gracias y si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con nosotros (vea la información de contactos en la parte posterior).

Calidad de Vida

1. ¿Cómo calificaría su comunidad local **Y** el condado de Solano como un lugar para vivir?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Cómo calificaría el sentido de la participación y la responsabilidad de la comunidad en su comunidad local **Y** en todo el condado de Solano?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Cómo calificaría la calidad de vida en su comunidad **Y** en todo el condado de Solano?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Cómo calificaría su comunidad **Y** todo el condado de Solano como una "comunidad saludable"?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Qué satisfecho esta usted con el sistema de asistencia médica en su comunidad **Y** todo el condado de Solano?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cómo calificaría a su comunidad local **Y** todo el condado de Solano como un buen lugar para criar a los hijos?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cómo calificaría a su comunidad local **Y** Condado de Solano como un lugar para envejecer?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Cómo calificaría a su comunidad local **Y** Condado de Solano con respecto a la disponibilidad de trabajo?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿Cómo calificaría su comunidad **Y** todo el condado de Solano como un lugar con redes de apoyo para individuos y familias durante momentos de estrés y la necesidad?

	Excelente	Bueno	OK	Mal	Bien Mal	No Se
Comunidad local:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condado de Solano:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente	Bueno	Bien	Mal	Bien mal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Salud de la comunidad

(Residentes de Condado de Solano, por favor conteste las siguientes preguntas para su comunidad local. Para los residentes de otro Condado, por favor responder a la pregunta de dónde está su lugar de trabajo.)

11. En la siguiente lista, ¿qué cree usted que son los **3 temas de salud** que más afectan su comunidad? **Marque sólo 3.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Embarazo adolescente | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (hepatitis, TB) |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Violación / ataque sexual |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lesiones accidentales de vehículo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/del pulmón/asthma | <input type="checkbox"/> Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Cánceres | <input type="checkbox"/> Muerte infantil |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón y embolia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de envejecimiento (artritis, pérdida de la audición, pérdida de la visión, etc.) | |

12. En la siguiente lista, ¿qué cree usted que son los **3 comportamientos individuales** que son más responsables de los problemas de salud en su comunidad? (aquellas conductas que tienen el mayor impacto en la salud general de la comunidad)

Marque sólo 3.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> La violencia de pareja doméstica o íntima |
| <input type="checkbox"/> Uso de tabaco | <input type="checkbox"/> Texto/teléfono celular mientras se conduce |
| <input type="checkbox"/> Sexo no seguro | <input type="checkbox"/> No usar cinturones de seguridad/asiento de niños |
| <input type="checkbox"/> No usar control natal | <input type="checkbox"/> Conducir en estado de ebriedad /las drogas |
| <input type="checkbox"/> Sexo adolescente | <input type="checkbox"/> Malos hábitos de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Intimidación/Bullying | <input type="checkbox"/> No tener vacunas para prevenir enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Desertar de la escuela | <input type="checkbox"/> Estrés Vida / falta de habilidades de afrontamiento |
| <input type="checkbox"/> Racismo | <input type="checkbox"/> Falta de ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Crimen/Violencia | <input type="checkbox"/> El uso de armas |
| <input type="checkbox"/> No obtener chequeos regulares por un proveedor de servicio médico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

13. ¿Qué cree usted que son los **3 circunstancias sociales** y económicas que son más responsables por los problemas de salud en su comunidad? **Marque sólo 3.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Las barreras culturales | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Barreras de idioma | <input type="checkbox"/> Pobreza |
| <input type="checkbox"/> El racismo y la discriminación | <input type="checkbox"/> Falta de aseguranza de salud |
| <input type="checkbox"/> La falta de educación / no educación secundaria | <input type="checkbox"/> Falta de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> La falta de servicios de prevención |
| <input type="checkbox"/> La falta de vivienda asequible y segura | <input type="checkbox"/> Padre soltero |
| <input type="checkbox"/> El acceso limitado a medicamentos/medicamentos venta con receta | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

14. ¿Qué cree usted que son **los 3 temas ambientales** que son más responsables de los problemas de salud en su comunidad? **Marque sólo 3.**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La contaminación del aire | <input type="checkbox"/> El humo del cigarrillo |
| <input type="checkbox"/> El uso de plaguicidas | <input type="checkbox"/> Basura en las calles y aceras |
| <input type="checkbox"/> Malas condiciones de vivienda | <input type="checkbox"/> Problemas inundaciones/drenaje |
| <input type="checkbox"/> Barrio pobre diseños | <input type="checkbox"/> Contaminado el agua potable |
| <input type="checkbox"/> Calor/días calientes | <input type="checkbox"/> La falta de acceso a alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> La falta de pasarelas seguras y ciclovías | <input type="checkbox"/> La falta de transporte público |
| <input type="checkbox"/> La falta de lugares accesibles para la actividad física | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> La falta de espacio verdes y parques | |

15. ¿Qué cree usted que son **los 3 factores** más importantes de una "comunidad saludable"? Elija sólo 3.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parque y recreación | <input type="checkbox"/> Comunidad bien informada sobre temas de salud |
| <input type="checkbox"/> Los espacios verdes abiertos | <input type="checkbox"/> Los organismos de apoyo (grupos de apoyo, etc) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda asequible | <input type="checkbox"/> Participación de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Bajo crimen/vecindarios seguros | <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de ancianos | <input type="checkbox"/> Buenas escuelas |
| <input type="checkbox"/> Tiempo para la familia | <input type="checkbox"/> El acceso a servicios de salud |
| <input type="checkbox"/> Lugar seguro para criar a los niños | <input type="checkbox"/> El acceso a alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> Acceso a guarderías | <input type="checkbox"/> La calidad del aire |
| <input type="checkbox"/> Tolerancia por la diversidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

16. Durante el año pasado, ¿qué tipo de beneficios de servicios sociales utilizó usted o alguien en su familia?

Marque todas las que apliquen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Seguro Familias Saludables | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil subsidiado |
| <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos/Cal Fresh | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> CHIP |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para la vivienda | <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

17. ¿Dónde va cuando usted está enfermo o necesita atención médica? (marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina del médico | <input type="checkbox"/> Centro de Salud de la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Clínica de Salud Pública | <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias del Hospital |
| <input type="checkbox"/> Consulta externa del Hospital | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ |

18. ¿Cuál cree usted que son barreras para obtener la atención de salud en su comunidad? (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demasiado papeleo | <input type="checkbox"/> Ubicación de la asistencia sanitaria/sin transporte |
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> Ningún médico/personal habla mi idioma |
| <input type="checkbox"/> El miedo o la desconfianza en el sistema de salud | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ |

19. ¿De dónde obtiene la información sobre los recursos de salud disponibles en su comunidad? (marque todas las que apliquen)

- | | | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Vecinos | <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones de Servicio Comunitario (Por favor, especifique): _____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | | | | | | |

20. ¿Cuáles son los puntos fuertes de su comunidad (grupos comunitarios, organizaciones, lugares) que usted piensa puede mejorar la calidad de vida de toda su comunidad?

21. Que le hace usted más orgulloso de su comunidad?

22. ¿Qué acciones, polizas o prioridades de financiaciones le anima lo suficiente como para participar o participar más en la construcción de una comunidad más saludable?

23. Condado de residencia: _____ 24. Código postal: _____

25. Ciudad de residencia: Vallejo Fairfield Vacaville Rio Vista área no incorporada
 Benicia Suisun Dixon Not a Solano Resident Otro: _____

Información Demográfica

Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos ver lo que sienten los diferentes tipos de personas acerca de los asuntos de salud locales. *Tenga en cuenta que **no** será identificado de ninguna manera con sus respuestas.*

26. Edad:

Menos de 18 años 18-25 años 26-39 años 40-54 años 55-64 años 65-80 años 80 o más

27. Sexo: Mas ___ Fem ___

28. Grupo étnico con el que más se identifica:

Blanco/ Caucaésico Africano Americano/Negro Asiático Islas del Pacifico
 Hispano/Latino Nativo Americano Otro: [especificar] _____

29. ¿Qué idioma (s) habla usted en casa?

Ingles Español Tagalog Otro: _____

30. ¿Cuánto tiempo hace que vive en el Condado de Solano?

Menos de 1 año 1 – 5 años 6 – 10 años 11 – 20 años Over 20 años He vivido aquí toda mi vida

31. Ingresos del hogar:

Menos que \$20,000 \$20,000 a \$29,000 \$30,000 a \$49,000
 \$50,000 a \$74,000 \$75,000 a \$99,999 Más de \$100,000

32. Educación:

Menos que secundaria Diploma de secundaria o GED Licenciatura o más
 Asociados de Artes/Ciencia Otro: _____

¡Muchas gracias por su respuesta y su tiempo!

Por favor regrese las encuestas llenas a la dirección siguiente. Si quiere más información sobre este proyecto de la comunidad, por favor póngase en contacto con nosotros al número que se da abajo.

Solano County Health and Social Services, Public Health Department
275 Beck Ave, MS 5-240, Fairfield, California 94533
Tel: (707) 784-8600

¡Si gusta participar en nuestra rifa, por favor llene la siguiente información!

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____