

# Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

¡Bienvenido a la encuesta de salud comunitaria para el Este de Carolina del Norte!

Estamos llevando a cabo una evaluación de salud comunitaria para su condado. Esta evaluación está siendo realizada por una asociación de 33 condados, hospitales, sistemas de salud y departamentos de salud en el Este de Carolina del Norte. Esta evaluación les permite a estos socios comprender mejor el estado de salud y las necesidades de la comunidad a la que sirven y utilizar el conocimiento adquirido para implementar programas que beneficiarán a esta comunidad.

Podemos entender mejor las necesidades de la comunidad reuniendo las voces de los miembros de su comunidad. Esta evaluación permite que los miembros de la comunidad como usted, nos cuente sobre lo que considera son asuntos importantes para su comunidad. De ante mano le agradecemos por los 20 minutos que tomará completar esta encuesta de 57 preguntas. Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán confidenciales y anónimas.

¡Muchas gracias por su aporte y su tiempo! Si tiene preguntas sobre esta encuesta, puede enviar un correo electrónico a Will Broughton en [will.broughton@foundationhli.org](mailto:will.broughton@foundationhli.org).

---

## PARTE 1: Calidad de vida

*Primero, cuéntenos un poco sobre usted:*

### **1. ¿Dónde vive actualmente?**

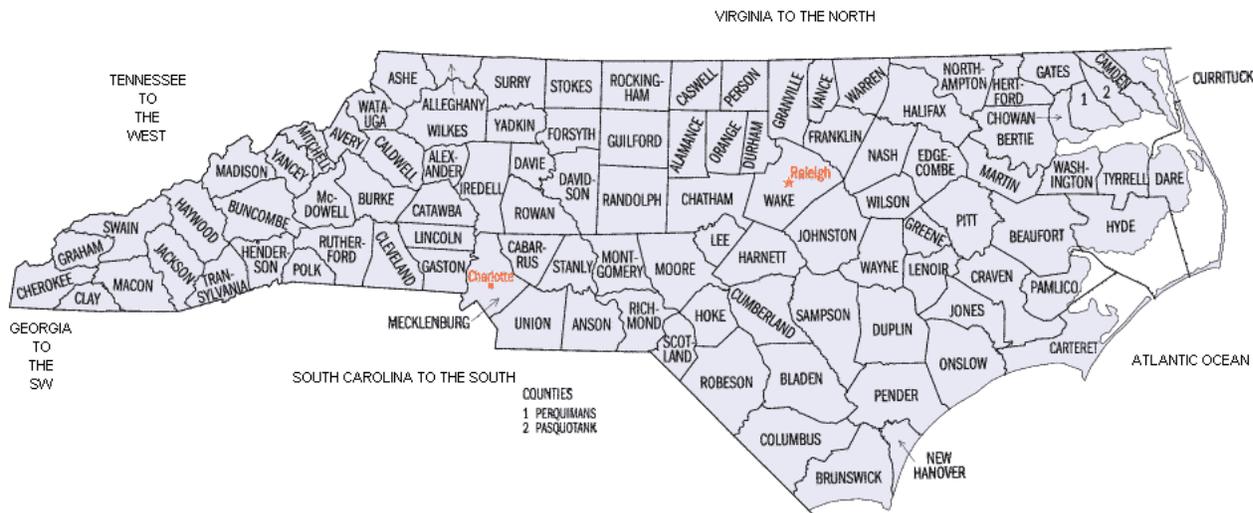
Código postal

# Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

## 2. ¿En qué condado vive?

- |                                     |                                   |                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beaufort   | <input type="checkbox"/> Franklin | <input type="checkbox"/> Onslow     |
| <input type="checkbox"/> Bertie     | <input type="checkbox"/> Gates    | <input type="checkbox"/> Pamlico    |
| <input type="checkbox"/> Bladen     | <input type="checkbox"/> Greene   | <input type="checkbox"/> Pasquotank |
| <input type="checkbox"/> Camden     | <input type="checkbox"/> Halifax  | <input type="checkbox"/> Pender     |
| <input type="checkbox"/> Carteret   | <input type="checkbox"/> Hertford | <input type="checkbox"/> Perquimans |
| <input type="checkbox"/> Chowan     | <input type="checkbox"/> Hoke     | <input type="checkbox"/> Pitt       |
| <input type="checkbox"/> Cumberland | <input type="checkbox"/> Hyde     | <input type="checkbox"/> Sampson    |
| <input type="checkbox"/> Currituck  | <input type="checkbox"/> Johnston | <input type="checkbox"/> Tyrrell    |
| <input type="checkbox"/> Dare       | <input type="checkbox"/> Lenoir   | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Duplin     | <input type="checkbox"/> Martin   | <input type="checkbox"/> Wayne      |
| <input type="checkbox"/> Edgecombe  | <input type="checkbox"/> Nash     | <input type="checkbox"/> Wilson     |

## Mapa del condado de Carolina del Norte



## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**3. Piense en el condado en el que vive. Por favor díganos si está "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "neutral", "de acuerdo" o "muy de acuerdo" con cada una de las siguientes 9 declaraciones.**

<b>Declaración</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
Hay una buena atención médica en mi condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este condado es un buen lugar para criar niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este condado es un buen lugar para envejecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay buenas oportunidades económicas en este condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este condado es un lugar seguro para vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay mucha ayuda para las personas durante los momentos de necesidad en este condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay viviendas accesibles que satisfacen mis necesidades en este condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay buenos parques e instalaciones de recreación en este condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fácil adquirir comidas saludables en este condado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2: Mejora de la comunidad

*La siguiente serie de preguntas le preguntará sobre problemas y servicios de la comunidad que son importantes para usted. Recuerde que sus respuestas son privadas y no serán relacionadas con usted en ninguna manera.*

**4. Mire esta lista de problemas de la comunidad. En su opinión, ¿qué problema afecta más la calidad de vida en este condado? (Elija solo una respuesta)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contaminación (aire, agua, tierra)   | <input type="checkbox"/> Discriminación / racismo       | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica                 |
| <input type="checkbox"/> Abandono de la escuela               | <input type="checkbox"/> Falta de apoyo de la comunidad | <input type="checkbox"/> Delito violento (asesinato, asalto) |
| <input type="checkbox"/> Bajos ingresos / pobreza             | <input type="checkbox"/> Drogas (Abuso de sustancias)   | <input type="checkbox"/> Robo                                |
| <input type="checkbox"/> Falta de hogar                       | <input type="checkbox"/> Descuido y abuso               | <input type="checkbox"/> Violación / agresión sexual         |
| <input type="checkbox"/> Falta de un seguro de salud adecuado | <input type="checkbox"/> Maltrato a personas mayores    |  |
| <input type="checkbox"/> Desesperación                        | <input type="checkbox"/> Abuso infantil                 |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                  |   |  |

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

### 5. En su opinión, ¿cuál de los siguientes servicios necesita la mayor mejoría en su vecindario o comunidad? *(Por favor elija solo uno)*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Control Animal                                 | <input type="checkbox"/> Número de proveedores de atención médica  | <input type="checkbox"/> Actividades positivas para adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Opciones de cuidado infantil                   | <input type="checkbox"/> Servicios de salud apropiados de acuerdo a su cultura                             | <input type="checkbox"/> Opciones de transporte                  |
| <input type="checkbox"/> Opciones de cuidado para ancianos              | <input type="checkbox"/> Consejería / salud mental / grupos de apoyo                                       | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de empleo                |
| <input type="checkbox"/> Servicios para personas con discapacidad       | <input type="checkbox"/> Mejores y más instalaciones recreativas (parques, senderos, centros comunitarios) | <input type="checkbox"/> Empleos mejor pagados                   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud más accesibles              | <input type="checkbox"/> Actividades familiares saludables   | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de carreteras             |
| <input type="checkbox"/> Mejores y más opciones de alimentos saludables |  | <input type="checkbox"/> Carreteras seguras                      |
| <input type="checkbox"/> Más accesibilidad / mejores vivienda           |  | <input type="checkbox"/> Ninguna                                 |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                            |  |  |

PARTE 3: Información de salud

*Ahora nos gustaría saber un poco más sobre dónde usted obtiene información de salud.*

**6. En su opinión, ¿sobre qué área de salud necesitan más información las personas de su comunidad? (Por favor sugiera solo uno)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comer bien / nutrición                              | <input type="checkbox"/> Usar asientos de seguridad para niños                                      | <input type="checkbox"/> Prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual (sexo seguro) |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio   | <input type="checkbox"/> Usar cinturones de seguridad   | <input type="checkbox"/> Prevención del abuso de sustancias (por ejemplo, drogas y alcohol)         |
| <input type="checkbox"/> Manejo del peso                                     | <input type="checkbox"/> Conducir cuidadosamente  | <input type="checkbox"/> Prevención del suicidio  |
| <input type="checkbox"/> Ir a un dentista para chequeos / cuidado preventivo | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar / prevención del uso de tabaco                              | <input type="checkbox"/> Manejo del estrés  |
| <input type="checkbox"/> Ir al médico para chequeos y exámenes anuales       | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños / crianza   | <input type="checkbox"/> Control de la ira/enojo  |
| <input type="checkbox"/> Obtener cuidado prenatal durante el embarazo        | <input type="checkbox"/> Cuidado de ancianos  | <input type="checkbox"/> Prevención de violencia doméstica  |
| <input type="checkbox"/> Recibir vacunas contra la gripe y otras vacunas     | <input type="checkbox"/> Cuidado de miembros de familia con necesidades especiales o discapacidades | <input type="checkbox"/> Prevención del crimen  |
| <input type="checkbox"/> Prepararse para una emergencia / desastre           |   | <input type="checkbox"/> Violación / prevención de abuso sexual                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                                 |   | <input type="checkbox"/> Ninguna  |

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**7. De dónde saca la mayor parte de su información relacionada con la salud? (Por favor elija solo una respuesta)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos y familia    | <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> Empleador                   |
| <input type="checkbox"/> Doctor / enfermera  | <input type="checkbox"/> La escuela de mi hijo | <input type="checkbox"/> Líneas telefónicas de ayuda |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico        | <input type="checkbox"/> Hospital              | <input type="checkbox"/> Libros / revistas           |
| <input type="checkbox"/> Iglesia             | <input type="checkbox"/> Departamento de salud |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |  |  |

**8. ¿De qué temas o enfermedades de salud le gustaría aprender más?**

**9. ¿Cuida de un pariente anciano en su casa o en otra casa? (Elija solo una).**

- Sí  
 No

**10. ¿Tiene hijos entre las edades de 9 y 19 de los cuales usted es el guardián? (Incluye hijastros, nietos u otros parientes). (Elija solo una).**

- Sí  
 No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 12)*

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**11. ¿Cuáles de los siguientes temas de salud cree que sus hijos necesitan más información?**  
*(Seleccione todas las opciones que corresponden).*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene dental                   | <input type="checkbox"/> Manejo de la diabetes                       | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas              |
| <input type="checkbox"/> Nutrición                        | <input type="checkbox"/> Tabaco                                      | <input type="checkbox"/> Manejo imprudente /          |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la<br>alimentación | <input type="checkbox"/> ETS (enfermedades de<br>transmisión sexual) | exceso de velocidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Ejercicios                       | <input type="checkbox"/> Relación sexual                             | <input type="checkbox"/> Problemas de salud<br>mental |
| <input type="checkbox"/> Manejo del asma                  | <input type="checkbox"/> Alcohol                                     | <input type="checkbox"/> Prevención del suicidio      |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)              |  |   |

**PARTE 4: Salud personal**

*Las siguientes preguntas son sobre su salud personal. Recuerde, las respuestas que brinde para esta encuesta no serán ligadas con usted de ninguna manera.*

**12. En general, diría que su salud es... (Elija solo una).**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Justa
- Pobre
- No sé / no estoy seguro

**13. ¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?**

	Sí	No	No lo sé
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (no durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso / obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**14. ¿Cuál de los siguientes servicios preventivos ha tenido usted en los últimos 12 meses? (Seleccione todas las opciones que corresponden).**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mamografía                     | <input type="checkbox"/> Prueba de densidad de los huesos | <input type="checkbox"/> Examen de la vista                     |
| <input type="checkbox"/> Examen de cáncer de próstata   | <input type="checkbox"/> Examen físico                    | <input type="checkbox"/> Evaluación cardiovascular (el corazón) |
| <input type="checkbox"/> Examen de colon / recto        | <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou           | <input type="checkbox"/> Limpieza dental / radiografías         |
| <input type="checkbox"/> Control de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe           | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores              |
| <input type="checkbox"/> Examen de Colesterol           | <input type="checkbox"/> Control de la presión arterial   |   |
| <input type="checkbox"/> Examen de audición (escucha)   | <input type="checkbox"/> Pruebas de cáncer de piel        |   |

**15. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que visitó a un dentista o clínica dental por algún motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, como ortodoncista. (Elija solo una).**

- En el último año (en los últimos 12 meses)
- Hace 2 (más de un año pero menos de dos años)
- Hace más de 5 años (más de 2 años pero menos de 5 años)
- No sé / no estoy seguro
- Nunca

**16. En los últimos 30 días, ¿ha habido algún día que se ha sentido triste o preocupado y le haya impedido realizar sus actividades normales? (Elija solo una).**

- Sí
- No
- No sé / no estoy seguro

Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**17. La siguiente pregunta es sobre el alcohol. Un trago es equivalente a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una bebida con un trago de licor.**

**Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 5 o más bebidas (si es hombre) o 4 o más bebidas (si es mujer) en una ocasión?**

- |                            |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 8  | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9  | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 29 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 27 |                             |
- No sé / no estoy seguro

**18. Ahora le vamos a hacer una pregunta sobre el uso de drogas. Las respuestas que nos dan las personas sobre su uso de drogas son importantes para comprender los problemas de salud en el condado. Sabemos que esta información es personal, pero recuerde que sus respuestas se mantendrán confidenciales.**

**¿Has usado alguna droga ilegal en los últimos 30 días? Cuando decimos drogas, incluimos marihuana, cocaína, crack, heroína o cualquier otra sustancia ilegal. ¿Aproximadamente cuántos días has usado una de estas drogas ilegales? (Elija solo una).**

- |                            |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 8  | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9  | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 29 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 27 |                             |
- No sé / no estoy seguro

***(Si su respuesta es 0, salte a la pregunta numero 20)***

**19. Durante los últimos 30 días, ¿qué droga ilegal ha usado? (Marque todas las que corresponden).**

- Marihuana
- Cocaína
- Heroína
- Otros (especificar)

Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**20. Durante los últimos 30 días, ¿ha tomado algún medicamento recetado para el que no tenía una receta (por ejemplo, Oxycontin, Percocet, Demerol, Adderall, Ritalin o Xanax)? ¿Cuántas veces durante los últimos 30 días usó un medicamento recetado para el cual no tenía una receta? (Elija solo una).**

- |                            |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 8  | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 28 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9  | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 29 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 27 |                             |
- No sé / no estoy seguro

**21. La siguiente pregunta se relaciona con la salud de una persona que ha servido en las fuerzas Armadas. ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Sin incluir el servicio activo de solo entrenamientos en las Reservas o la Guardia Nacional)? (Elija solo una).**

- Sí
- No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 23)*

**22. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene depresión, ansiedad o trastorno por estrés postraumático (TEPT)? (Elija solo una).**

- Sí
- No

**23. Ahora nos gustaría saber sobre su estado físico. Durante una semana normal, aparte de su trabajo habitual, ¿realiza alguna actividad física o ejercicio que dure al menos media hora? (Elija solo una).**

- Sí
- No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 26)*
- No sé / no estoy seguro *(Si su respuesta es No se / no estoy seguro, salte a la pregunta numero 26)*

**24. Como dijo que sí, ¿cuántas veces hace ejercicio o se involucra en alguna actividad física durante una semana normal?**

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**25. ¿A dónde va a hacer ejercicio o participa en actividad físicas? (Marque todas las que corresponden).**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> YMCA                         | <input type="checkbox"/> Sitio de trabajo / Empleador       |
| <input type="checkbox"/> Parque                       | <input type="checkbox"/> Terrenos escolares / instalaciones |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recreación Pública | <input type="checkbox"/> Casa                               |
| <input type="checkbox"/> Gimnasio privado             | <input type="checkbox"/> Iglesia                            |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)          |   |

***Como su respuesta fue Si a la pregunta 23 (actividad física / ejercicio), salte a la pregunta numero 27***

**26. Ya que dijo "no", ¿cuáles son las razones por las que no hace ejercicio por media hora durante una semana normal? Puedes dar tantos de estos motivos como necesite.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi trabajo es trabajo físico o trabajo duro   | <input type="checkbox"/> No me gusta hacer ejercicio                   |
| <input type="checkbox"/> El ejercicio no es importante para mí.  | <input type="checkbox"/> Me cuesta mucho hacer ejercicio.              |
| <input type="checkbox"/> No tengo acceso a una instalación que tenga las cosas que necesito, como una piscina, un campo de golf o una pista. | <input type="checkbox"/> No hay un lugar seguro para hacer ejercicio.  |
| <input type="checkbox"/> No tengo suficiente tiempo para hacer ejercicio.  | <input type="checkbox"/> Necesito transporte y no lo tengo.            |
| <input type="checkbox"/> Necesitaría cuidado de niños y no lo tengo.   | <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer ejercicio. |
| <input type="checkbox"/> No sé cómo encontrar compañeros de ejercicio.   | <input type="checkbox"/> Estoy físicamente deshabilitado.              |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)   | <input type="checkbox"/> No lo sé.                                     |

Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**27. Sin contar ensalada de lechuga o productos de papa como papas fritas, piense en la frecuencia con la que come frutas y verduras en una semana normal.**

**¿Cuántas tazas por semana de frutas y vegetales dirías que comes? (Una manzana o 12 zanahorias pequeñas equivalen a una taza).**

Cantidad de tazas de fruta

Número de tazas de verduras

Cantidad de tazas de jugo de fruta 100%

**28. ¿Alguna vez estuvo expuesto al humo del cigarro de alguien que fumó cerca de usted durante el último año? (Elija solo una).**

- Sí
- No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 30)*
- No sé / no estoy seguro *(Si su respuesta es No se / no estoy seguro, salte a la pregunta numero 30)*

**29. En caso afirmativo, ¿dónde cree que está expuesto al humo de segunda mano con mayor frecuencia? (Marque solo uno)**

- Casa
- Lugar de trabajo
- Hospitales
- Restaurantes
- Colegio
- No estoy expuesto al humo de segunda mano.
- Otros (especificar)

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**30. ¿Actualmente usa algún producto que contiene tabaco? (Esto incluye cigarros, cigarros electrónicos, masticar tabaco o cigarro de vapor.) (Elija solo una).**

- Sí
- No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 32)*

**31. En caso afirmativo, ¿a dónde iría en busca de ayuda si quisiera dejar de fumar? (Elija solo una).**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> QUITLINE NC (ayuda por teléfono) | <input type="checkbox"/> Departamento de salud          |
| <input type="checkbox"/> Doctor                           | <input type="checkbox"/> No lo sé                       |
| <input type="checkbox"/> Farmacia                         | <input type="checkbox"/> No aplica; No quiero renunciar |
| <input type="checkbox"/> Consejero / terapeuta privado    |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)              |   |

**32. Ahora le haremos preguntas sobre sus vacunas personales contra la gripe. Una vacuna contra la influenza / gripe puede ser una "inyección contra la gripe" inyectada en su brazo o también el espray "FluMist" que se rocía en su nariz. Durante los últimos 12 meses, ¿se vacunó contra la gripe o se puso el espray "FluMist? (Elija solo una).**

- Sí, vacuna contra la gripe
- Sí, FluMist
- Si ambos
- No
- No sé / no estoy seguro

PARTE 5: Acceso a la atención / Salud familiar

**33. ¿A dónde va más a menudo cuando está enfermo? (Elija solo uno)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina del doctor    | <input type="checkbox"/> Clínica Médica            |
| <input type="checkbox"/> Departamento de salud | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado urgente |
| <input type="checkbox"/> Hospital              |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)   |  |

**34. ¿Tiene alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de atención médica? (Elija todos los que aplique)**

- Seguro de salud que mi empleador proporciona
- Seguro de salud que proporciona el empleador de mi cónyuge
- Seguro de salud que mi escuela proporciona
- Seguro de salud que proporciona mi padre o el empleador de mis padres
- Seguro de salud que compré
- Seguro de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (Obamacare)
- Seguro Militar, Tricare o el VA
- Seguro de enfermedad
- Seguro médico del estado
- Sin plan de salud de ningún tipo

**35. En los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas para obtener la atención médica que necesitaba para usted o para un familiar de cualquier tipo de proveedor de atención médica, dentista, farmacia u otro centro? (Elija solo uno)**

- Sí
- No *(Si su respuesta es No, salte a la pregunta numero 38)*
- No sé / no estoy seguro

**36. Dado que usted dijo "sí", ¿Con cual tipo de proveedor o institución tuvo problemas para obtener atención médica? Puede elegir tantos de estos como necesite.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentista   | <input type="checkbox"/> Pediatra              | <input type="checkbox"/> Centro de atención urgente |
| <input type="checkbox"/> Médico general                                   | <input type="checkbox"/> Ginecologo            | <input type="checkbox"/> Clínica Médica             |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de los ojos / optometrista / oftalmólogo | <input type="checkbox"/> Departamento de salud | <input type="checkbox"/> Especialista               |
| <input type="checkbox"/> Farmacia / recetas médicas                       | <input type="checkbox"/> Hospital              |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                              |  |   |

**37. ¿Cuáles de estos problemas le impidieron a usted o a su familiar obtener la atención médica necesaria? Puede elegir tantos de estos como necesite.**

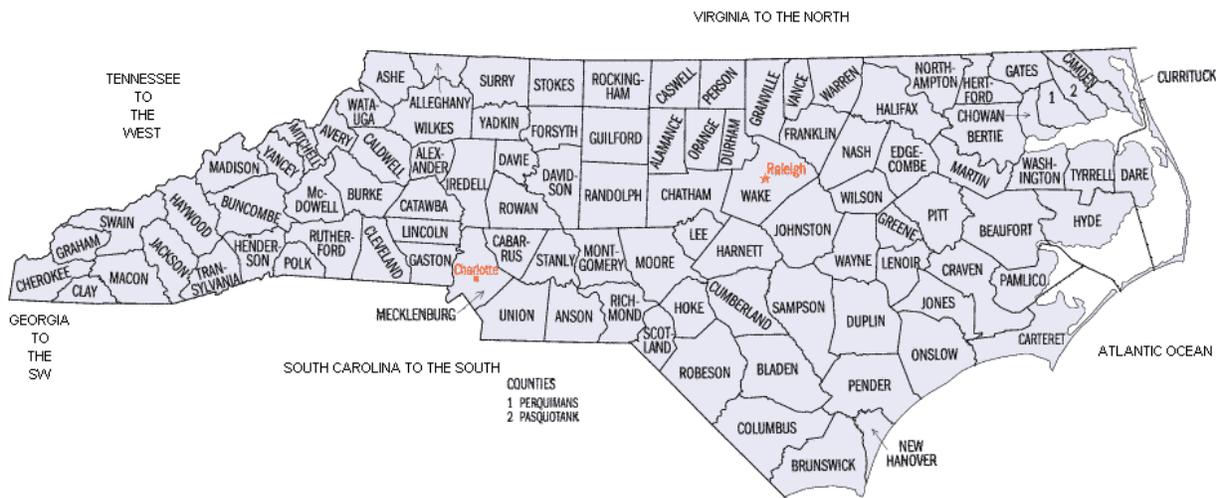
- No tiene seguro medico
- El seguro no cubría lo que necesitaba
- El costo del deducible del seguro era demasiado alto
- El doctor no aceptaba el seguro ni el Medicaid.
- El hospital no aceptaba el seguro.
- La farmacia no aceptaba el seguro ni el Medicaid.
- El dentista no aceptaba el seguro ni el Medicaid.
- No tengo ninguna manera de llegar allí.
- No sabía a dónde ir.
- No pude conseguir una cita.
- La espera fue demasiado larga.
- El proveedor me negó atención o me trató de manera discriminatoria debido a mi estado de VIH, o porque soy lesbiana, gay, bisexual o transexual.

# Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

## 38. ¿En qué condado se encuentra la mayoría de los proveedores médicos que visita? (Elija solo uno)

- |  |                                    |                                      |  |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Beaufort            | <input type="checkbox"/> Edgecombe | <input type="checkbox"/> Martin      | <input type="checkbox"/> Sampson               |
| <input type="checkbox"/> Bertie              | <input type="checkbox"/> Franklin  | <input type="checkbox"/> Moore       | <input type="checkbox"/> Scotland              |
| <input type="checkbox"/> Bladen              | <input type="checkbox"/> Gates     | <input type="checkbox"/> Nash        | <input type="checkbox"/> Tyrrell               |
| <input type="checkbox"/> Brunswick           | <input type="checkbox"/> Granville | <input type="checkbox"/> New Hanover | <input type="checkbox"/> Vance                 |
| <input type="checkbox"/> Camden              | <input type="checkbox"/> Greene    | <input type="checkbox"/> Northampton | <input type="checkbox"/> Wake                  |
| <input type="checkbox"/> Carteret            | <input type="checkbox"/> Halifax   | <input type="checkbox"/> Onslow      | <input type="checkbox"/> Warren                |
| <input type="checkbox"/> Chowan              | <input type="checkbox"/> Harnett   | <input type="checkbox"/> Pamlico     | <input type="checkbox"/> Washington            |
| <input type="checkbox"/> Columbus            | <input type="checkbox"/> Hertford  | <input type="checkbox"/> Pasquotank  | <input type="checkbox"/> Wayne                 |
| <input type="checkbox"/> Craven              | <input type="checkbox"/> Hoke      | <input type="checkbox"/> Pender      | <input type="checkbox"/> Wilson                |
| <input type="checkbox"/> Cumberland          | <input type="checkbox"/> Hyde      | <input type="checkbox"/> Perquimans  | <input type="checkbox"/> El Estado de Virginia |
| <input type="checkbox"/> Currituck           | <input type="checkbox"/> Johnston  | <input type="checkbox"/> Pitt        |  |
| <input type="checkbox"/> Dare                | <input type="checkbox"/> Jones     | <input type="checkbox"/> Richmond    |  |
| <input type="checkbox"/> Duplin              | <input type="checkbox"/> Lenoir    | <input type="checkbox"/> Robeson     |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |                                    |                                      |  |

## Mapa del condado de Carolina del Norte



## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**39. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó saber si la comida de su familia se agotaría antes de obtener dinero para comprar más? (Elija solo uno)**

- Sí
- No
- No sé / no estoy seguro

**40. Si un amigo o miembro de la familia necesita asesoría para un problema de salud mental o de abuso de drogas o alcohol, ¿quién es la primera persona con la que les diría que hablen? (Elija solo uno)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consejero o terapeuta privado | <input type="checkbox"/> No sé                          |
| <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo                | <input type="checkbox"/> Doctor                         |
| <input type="checkbox"/> Consejero de la escuela       | <input type="checkbox"/> Pastor o funcionario religioso |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)           |   |

### PARTE 6: Preparación para emergencias

**41. ¿Tiene en su hogar detectores de humo y monóxido de carbono en funcionamiento? (Elija solo uno)**

- Sí, solo detectores de humo
- Si ambos
- No sé / no estoy seguro
- Sí, sólo detectores de monóxido de carbono
- No

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**42. ¿Su familia tiene un kit básico de suministros de emergencia? (Estos kits incluyen agua, alimentos no perecederos, cualquier receta necesaria, suministros de primeros auxilios, linterna y baterías, abrelatas no eléctrico, cobijas, etc.)**

- Sí
- No
- No sé / no estoy seguro

En caso que sí, ¿cuántos días tiene suministros? (Escriba el número de días)

**43. ¿Cuál sería su forma principal de obtener información de las autoridades en un desastre o emergencia a gran escala? (Marque solo uno)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Televisión                  | <input type="checkbox"/> Sitio de red social                                |
| <input type="checkbox"/> Radio                       | <input type="checkbox"/> Vecinos  |
| <input type="checkbox"/> Internet                    | <input type="checkbox"/> Familia  |
| <input type="checkbox"/> Línea de teléfono en casa   | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto (sistema de alerta de emergencia) |
| <input type="checkbox"/> Teléfono celular            | <input type="checkbox"/> No sé / no estoy seguro                            |
| <input type="checkbox"/> Medios impresos (periódico) |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)         |   |

**44. Si las autoridades públicas anunciaran una evacuación obligatoria de su vecindario o comunidad debido a un desastre a gran escala o una emergencia, ¿Ustedes evacuarían? (Elija solo uno)**

- Sí *(Si su respuesta es Sí, salte a la pregunta numero 46)*
- No
- No sé / no estoy seguro

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

### 45. ¿Cuál sería la razón principal por la que no evacuaría si le pidieran que lo hiciera? (Marque solo uno)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte                                | <input type="checkbox"/> Preocupación por dejar mascotas                                     |
| <input type="checkbox"/> La falta de confianza en los funcionarios públicos | <input type="checkbox"/> Preocupación por los atascos de tráfico y la imposibilidad de salir |
| <input type="checkbox"/> Preocupación por dejar atrás la propiedad          | <input type="checkbox"/> Problemas de salud (no se pudieron mover)                           |
| <input type="checkbox"/> Preocupación por la seguridad personal             | <input type="checkbox"/> No sé / no estoy seguro   |
| <input type="checkbox"/> Preocupación por la seguridad familiar             |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                                |  |

**PARTE 7: Preguntas demográficas**

*La siguiente serie de preguntas son preguntas generales sobre usted, que solo se informarán como un resumen de todas las respuestas dadas por los participantes de la encuesta. Tus respuestas permanecerán en el anonimato.*

**46. ¿Qué edad tiene? (Elija solo uno)**

- |                                |                                |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15-19 | <input type="checkbox"/> 40-44 | <input type="checkbox"/> 65-69    |
| <input type="checkbox"/> 20-24 | <input type="checkbox"/> 45-49 | <input type="checkbox"/> 70-74    |
| <input type="checkbox"/> 25-29 | <input type="checkbox"/> 50-54 | <input type="checkbox"/> 75-79    |
| <input type="checkbox"/> 30-34 | <input type="checkbox"/> 55-59 | <input type="checkbox"/> 80-84    |
| <input type="checkbox"/> 35-39 | <input type="checkbox"/> 60-64 | <input type="checkbox"/> 85 o más |

**47. ¿Cuál es tu género? (Elija solo uno)**

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- Género no conforme
- Otro

**48. ¿Eres de origen hispano, latino o español? (Elija solo uno)**

- No soy de origen hispano, latino o español
- Mexicano, mexicanoamericano o chicano
- Puertorriqueño
- Cubano o cubano americano
- Otro - hispano o latino (por favor especifique)

**49. ¿Cuál es su raza? (Elija solo uno)**

- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Indio Americano o nativo de Alaska
- Indio Asiático
- Otros- Asiáticos, incluidos Japonés, Chino, Coreano, Vietnamita y Filipino
- Otros isleños del Pacífico, incluidos los nativos de Hawaii, Samoa, Guamanian / Chamorro
- Otra raza no incluida aquí (especifique)

**50. ¿El inglés es el idioma principal que se habla en su hogar? (Elija solo uno)**

- Sí
- No. En caso negativo, especifique el idioma principal que se habla en su hogar.

**51. ¿Cuál es tu estado civil? (Elija solo uno)**

- Nunca casado / soltero
- Casado
- Pareja- soltera
- Divorciado
- Viudo
- Separado
- Otros (especificar)

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

### 52. Seleccione el nivel más alto de educación que ha alcanzado. *(Elija solo uno)*

- Menos de 9no grado
- 9-12 grado, sin diploma
- Graduado de secundaria (o GED / equivalente)
- Grado Asociado o Formación Profesional
- Un poco de universidad (sin título)
- Licenciatura
- Licenciado o título profesional
- Otros (especificar)

### 53. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar el año pasado, antes de impuestos? *(Elija solo uno)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000   | <input type="checkbox"/> \$35,000 a \$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 a \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más     |

### 54. Ingrese el número de personas en su hogar (incluyéndose a usted)

### 55. ¿Cuál es su estado laboral? *(Seleccione todas las opciones que corresponden).*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Retirado        | <input type="checkbox"/> Ama de casa                    |
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial   | <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas | <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia |
|  | <input type="checkbox"/> Discapacitado   | <input type="checkbox"/> Desempleado 1 año o menos      |
|  | <input type="checkbox"/> Estudiante      | <input type="checkbox"/> Desempleado por más de 1 año   |

## Encuesta de salud de la comunidad del Este de Carolina del Norte 2018

**56. ¿Tiene acceso al internet en su casa (Esto incluye alta velocidad, wifi, acceso telefónico o datos móviles)? (Elija solo uno)**

- Sí
- No
- No sé / no estoy seguro

**57. (Opcional) ¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su comunidad? Por favor, siéntase libre de decirnos a continuación.**

**[¡Gracias por su tiempo y participación!](#)**

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, envíenos un correo electrónico a [will.broughton@foundationhli.org](mailto:will.broughton@foundationhli.org).