

For Official Use only:

ID Number: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_\_

Date of Data Entry: \_\_\_\_\_

## INTRODUCCIÓN

Como parte de una evaluación más amplia de las necesidades de salud de la comunidad para 2024-2025, RWJBarnabas Health System, en colaboración con nuestros socios de la coalición de salud (Mercer, Middlesex y Somerset), St. Peter's University Hospital, Capital Health, Lawrence Rehabilitation and Healthcare Center, centros de salud locales, departamentos de salud locales y del condado, y organizaciones comunitarias, está llevando a cabo una encuesta para conocer más sobre las necesidades y las fortalezas de la comunidad y de sus residentes. Esta información se utilizará para orientar servicios y programas futuros, así como para mejorar la coordinación entre organizaciones

Contestar esta encuesta es un acto **voluntario** y sus respuestas son **anónimas**. No se le preguntará su nombre, dirección ni ningún otro dato que pueda identificarlo. Completar esta encuesta le llevará unos 15 minutos. Sus comentarios ayudan a garantizar que los planes futuros satisfagan las distintas necesidades de la comunidad y de sus residentes. Si tiene alguna pregunta o comentario sobre esta iniciativa, póngase en contacto enviando un correo electrónico [BHPlanningDept@rwjbh.org](mailto:BHPlanningDept@rwjbh.org). Forjemos juntos el futuro de la salud en su comunidad.

## PARTE A: Información general sobre usted y su comunidad

1. ¿Cuál es su código postal? \_\_\_\_\_ (Consigne el número de cinco dígitos)
2. ¿Cuál es su pueblo o ciudad? \_\_\_\_\_
3. ¿Hace cuánto vive en la zona?
  - Menos de 1 año → Si hace menos de 1 año, ¿cuál era el código postal de su dirección anterior? \_\_\_\_\_
  - De 1 a 4 años
  - De 5 a 9 años
  - De 10 a 19 años
  - 20 años o más

**\*\* Las siguientes preguntas demográficas son únicamente para el análisis de este estudio y se mantienen totalmente confidenciales**

4. ¿En qué año nació? \_\_\_\_\_
5. ¿Cómo describiría su origen étnico o racial? (Marque todas las opciones que correspondan)
  - Negro o afroamericano (p. ej., afroamericano, haitiano, jamaicano, nigeriano, etíope)
  - Latino o hispano de ascendencia caribeña (p. ej. puertorriqueño, cubano, dominicano)
  - Latino o hispano de ascendencia mexicana, centroamericana o sudamericana (p. ej., mexicano, salvadoreño, brasileño, colombiano)
  - Asiático oriental (p. ej., chino, japonés, coreano, filipino, vietnamita)
  - Sudasiático (p. ej., indio, pakistaní, bangladesí, nepalí)
  - Mediooriental, norteafricano o árabe (p. ej., egipcio, marroquí, jordano, sirio)
  - Blanco o euroamericano (p. ej., alemán, irlandés, inglés, italiano, polaco)
  - Indio americano o nativo americano (p. ej., nanticoke lenni-lenape, powhatan renape, ramapough)
  - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico (p. ej., hawaiano, samoano)
  - Otro (especifique): \_\_\_\_\_
  - Prefiero no contestar

### 6. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que alcanzó y finalizó?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación primaria incompleta  | <input type="checkbox"/> Educación técnica o básica de dos años completa (con título o certificación) |
| <input type="checkbox"/> Educación secundaria incompleta  | <input type="checkbox"/> Educación universitaria completa   |
| <input type="checkbox"/> Educación secundaria o Desarrollo Educativo General (GED, por sus siglas en inglés) completo | <input type="checkbox"/> Educación de posgrado o profesional completa                                 |
| <input type="checkbox"/> Educación universitaria incompleta   | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |

**PARTE B: Prioridades, recursos y desafíos de la comunidad**

**7. En su opinión, ¿cuáles son los 3 PRINCIPALES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES EN MATERIA DE SALUD en su comunidad en general?** *(Seleccione solo 3)*

- Asma
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar (p. ej., EPOC, enfisema)
- Sobrepeso u obesidad
- Problemas de salud relacionados con el envejecimiento (p. ej., Alzheimer, caídas)
- Problemas de salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, suicidio)
- Consumo, abuso o sobredosis de alcohol
- Fumar, vapear o mascar tabaco
- Consumo, abuso o sobredosis de sustancias (p. ej., opiáceos, heroína, uso indebido de medicamentos con receta, marihuana)
- Estilo de vida con nivel alto de estrés
- Enfermedades infecciosas o contagiosas (p. ej., neumonía, COVID, gripe)
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) (p. ej., clamidia, VIH/sida)
- Embarazo adolescente
- Violencia y seguridad en la comunidad (p. ej., violencia armada, maltrato doméstico)
- Lesiones no intencionales (p. ej., accidentes automovilísticos, ahogamiento)
- Disponer de suficientes servicios de salud y sociales que las personas puedan utilizar
- Racismo y discriminación
- Viviendas asequibles para las personas
- Hambre o disponer de alimentos saludables asequibles para las personas
- Educación adecuada y de calidad
- Pobreza u oportunidades de empleo
- Otro problema o preocupación no incluidos en la lista (especifique): \_\_\_\_\_
- No sé

**8. En su opinión, ¿cuáles son los 3 PRINCIPALES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES EN MATERIA DE SALUD en su comunidad para niños y jóvenes?** *(Seleccione solo 3)*

- Asma
- Tipos de cáncer infantil
- Diabetes
- Sobrepeso u obesidad
- Acoso escolar
- Problemas de salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, suicidio)
- Consumo, abuso o sobredosis de alcohol
- Fumar, vapear o mascar tabaco
- Consumo, abuso o sobredosis de sustancias (p. ej., opiáceos, heroína, uso indebido de medicamentos con receta, marihuana)
- Estilo de vida con nivel alto de estrés
- Enfermedades infecciosas o contagiosas (p. ej., neumonía, COVID, gripe)
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) (p. ej., clamidia, VIH/sida)
- Embarazo adolescente
- Abuso y abandono infantil
- Violencia y seguridad en la comunidad (p. ej., violencia armada, violencia en la escuela, pandillas)
- Lesiones no intencionales (p. ej., accidentes automovilísticos, ahogamiento)
- Disponer de suficientes servicios de salud y sociales que los niños y jóvenes puedan utilizar
- Racismo y discriminación
- Viviendas asequibles para las personas
- Hambre o disponer de alimentos saludables asequibles para las personas
- Educación adecuada y de calidad
- Pobreza u oportunidades de empleo
- Otro problema o preocupación no incluidos en la lista (especifique): \_\_\_\_\_
- No sé

**9. Utilizando la siguiente escala, indique en qué medida está de acuerdo (considera que el enunciado es verdadero) o en desacuerdo (considera que el enunciado es falso) con los siguientes enunciados sobre la comunidad.** *(Elija solo una opción por enunciado)*

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
a. Mi comunidad tiene lugares seguros al aire libre para caminar y jugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Es fácil llevar un estilo de vida saludable en mi comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi comunidad es un buen lugar para formar una familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Total- mente en des- acuerdo	En des- acuerdo	Ni de acuerdo ni en des- acuerdo	De acuerdo	Total- mente de acuerdo	No lo sé
d. Existen oportunidades educativas para adultos en mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mi comunidad tiene lugares para que todo el mundo socialice (p. ej., biblioteca, iglesias, clubes locales, reuniones de adultos mayores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Las escuelas de mi comunidad ofrecen opciones de comida saludable para los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Me resultaría fácil tomar el transporte público para ir a donde necesito ir a diario (p. ej., trabajo, supermercado, consultas médicas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. En mi comunidad, hay servicios de transporte para adultos mayores y personas con discapacidades (p. ej., para ir al supermercado, a centros comerciales, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hay oportunidades de empleo en mi zona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Si necesitara ayuda para alimentarme o alimentar a mi familia, sabría a qué servicios acudir en busca de dicha ayuda (p. ej., banco de alimentos, despensa de alimentos, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. En mi comunidad, hay suficientes viviendas asequibles para mí que son seguras y están bien cuidadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. En mi vecindario, no hay mucha violencia, como peleas, actividades de pandillas, robos o agresiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. En mi comunidad, hay pocos problemas de violencia entre personas, como abusos dentro del grupo familiar, maltrato a los adultos mayores o acoso en persona o por Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Las personas de mi comunidad pueden costearse necesidades básicas, como alimentación, vivienda y transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Le preocupa o inquieta la posibilidad de que, en los próximos dos meses, no tenga una vivienda estable de su propiedad, que alquile o donde vivir como miembro de un hogar?

Sí     No

11. ¿Con qué frecuencia no puede llegar a donde necesita ir por no tener cómo hacerlo?

Rara vez o con poca frecuencia     Más de una vez al mes     Aproximadamente una vez al mes  
 Varias veces al año     Una vez a la semana o con mayor frecuencia

12. Lea los siguientes enunciados que la gente ha hecho sobre su situación alimentaria. Para cada uno de ellos, elija en qué medida el enunciado ha sido cierto para su grupo familiar en los últimos 12 meses

	A menudo era cierto	A veces era cierto	Nunca era cierto
a. Nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La comida que comprábamos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dependemos de un programa comunitario de cenas, despensas de alimentos o programas de asistencia alimentaria como complemento para nuestro hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido asistencia gratuita o de bajo costo de alguna organización o programa gubernamental para ayudarlo con alguno de los siguientes puntos? (Marque todas las opciones que correspondan)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte                     | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil   | <input type="checkbox"/> Cuestiones de inmigración     |
| <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos | <input type="checkbox"/> Vivienda   | <input type="checkbox"/> Asuntos jurídicos             |
| <input type="checkbox"/> Educación                      | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo o capacitación                        | <input type="checkbox"/> No he recibido ayuda          |
| <input type="checkbox"/> Alimentos (p. ej., SNAP)       | <input type="checkbox"/> Cuidado de adultos mayores o personas con discapacidades | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar o no sé |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos                   | <input type="checkbox"/> Traducción o interpretación                              |  |

**PARTE C: Estado de salud y afecciones**

**14. ¿Cómo describiría su estado de salud en general?**

- Excelente       Muy bueno       Bueno       Aceptable       Malo

**15. ¿Le dijo alguna vez algún médico o algún otro profesional de la salud que tenía alguna de las siguientes afecciones?**

**Para cada "Sí" en la pregunta 15a, responda en 15b: ¿recibe cuidados actualmente por esta afección?**

**\* Recordatorio: Contestar esta encuesta es un acto voluntario y sus respuestas son confidenciales. No se le preguntará su nombre, dirección ni ningún otro dato que pueda identificarlo**

	15a. ¿Alguna vez un proveedor le dijo que sufre de esta afección?		15b. De ser así, ¿recibe cuidados médicos actualmente?	
	Sí	No	Sí	No
Afección cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveles altos de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (de cualquier tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar (p. ej., EPOC, enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer o demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de abuso de sustancias (drogas o alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adicción a fumar o vapear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Indique si alguna de las siguientes razones le impide comer alimentos que forman parte de una dieta saludable. (Marque todas las opciones que correspondan)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de tiempo para comprar o preparar comidas saludables                             | <input type="checkbox"/> Falta de equipo (p. ej., estufa que funcione, ollas) para preparar la comida |
| <input type="checkbox"/> Transporte para conseguir alimentos saludables   | <input type="checkbox"/> No me gusta el sabor de los alimentos saludables o estos no me sacian        |
| <input type="checkbox"/> No siempre sé qué alimentos forman parte de una dieta saludable                        | <input type="checkbox"/> No tengo ganas de comer comida saludable                                     |
| <input type="checkbox"/> No sé cómo comprar o preparar alimentos saludables                                     | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____  |
| <input type="checkbox"/> Precio de los alimentos saludables o los alimentos saludables cuestan demasiado dinero | <input type="checkbox"/> Nada me impide comer alimentos saludables                                    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física para comprar o preparar alimentos saludables                       |   |

**17. Durante el último mes, aparte de su trabajo habitual, ¿participó en alguna actividad física o ejercicio, como caminar, correr, andar en bicicleta, bailar, hacer deporte o alguna otra actividad similar?**

- Sí       No       Prefiero no contestar

18. ¿Tiene algún hijo/a menor de 18 años que viva con usted en casa o del que usted sea responsable de forma regular?

- Sí  
 No

18a. Si la respuesta es "sí", durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo su hijo/a físicamente activo/a durante un total de al menos 60 minutos al día? (Especifique un número del 0 al 7): Si tiene más de 1 hijo/a, conteste para un máximo de 3 hijos/as

Hijo/a 1 \_\_\_\_\_ Hijo/a 2 \_\_\_\_\_ Hijo/a 3 \_\_\_\_\_

19. ¿Participó en alguna de las siguientes evaluaciones, servicios o programas en los últimos 2 años?

	Sí	No	No lo sé
Examen físico o revisión anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación o revisión odontológica (p. ej., radiografías, limpieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de asesoramiento de salud mental (p. ej., por depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de asesoramiento sobre el consumo de alcohol o drogas/sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para dejar de fumar o vapear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de información nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de información sobre enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clases de crianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna o refuerzo contra el COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión de la presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la diabetes o revisión de los niveles de azúcar en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografía o examen/evaluación de las mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cáncer de colon (p. ej., colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE D: Acceso a la atención médica y obstáculos para la atención**

20. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

- Medicare  
 Medicaid o NJ FamilyCare  
 Seguro privado o médico que usted o su empleador paga (p. ej., Aetna, Humana, Blue Cross Blue Shield, etc.)  
 Algún otro tipo de seguro médico (especifique:)  
 \_\_\_\_\_  
 Sin seguro médico  
 Prefiero no contestar

21. En los últimos 2 años, ¿cuál de estas situaciones, si hubo alguna, hizo que a usted o a algún miembro de su grupo familiar le resultara difícil recibir tratamiento o atención médica cuando los necesitó? (Marque "sí" si la situación hizo que a usted o a su familia le resultara difícil o fuera un problema y "no" si la situación no hizo que le resultara difícil recibir tratamiento o atención médica o no fue un problema).

**\* Recordatorio: Contestar esta encuesta es un acto voluntario y sus respuestas son confidenciales. No se le preguntará su nombre, dirección ni ningún otro dato que pueda identificarlo.**

	Sí	No	No lo sé
Problemas con el seguro (p. ej., los médicos no aceptaban su seguro, usted no tenía seguro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo de la atención (p. ej., no pudo pagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los asesores o servicios no aceptaban pacientes nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los tiempos de espera eran demasiado largos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Era difícil programar una consulta a una hora conveniente del día, tarde o fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo o aversión a los médicos u hospitales; médicos, proveedores o personal de consultorio poco amables; no se sentía bien recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No podía conseguir tiempo libre para recibir atención, no le pagarían o perdería el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	No lo sé
No podía encontrar atención; no sabía a dónde ir para recibir atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el idioma (p. ej., dificultad para hablar con el proveedor de atención médica o con el personal del consultorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los servicios no eran accesibles para personas con discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información de salud no se mantenía confidencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo debido al estado inmigratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna otra situación que le impidiera a usted o a algún miembro de su grupo familiar recibir tratamiento o atención médica (especifique:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Al intentar obtener atención médica, ¿con qué frecuencia se ha sentido PERSONALMENTE discriminado por cualquiera de los siguientes motivos?:**

	Con frecuencia	A veces	Nunca
Raza u origen étnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes culturales o religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idioma o forma de hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamaño corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Género o identidad de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad física o mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Si tuviera alguna pregunta o necesitara información sobre su salud, ¿a dónde iría en busca de asesoramiento?**

(Marque todas las opciones que correspondan)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe | <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica (p. ej., médico, enfermero especializado) | <input type="checkbox"/> Recursos de redes sociales (p. ej., Facebook) |
| <input type="checkbox"/> Familiar                     | <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias del hospital                               | <input type="checkbox"/> Atención de urgencia                          |
| <input type="checkbox"/> Clínica gratuita             | <input type="checkbox"/> Departamento de salud local  | <input type="checkbox"/> No hay una fuente que sea buena para mí.      |
| <input type="checkbox"/> Amigos                       | <input type="checkbox"/> Recursos en línea (p. ej., WebMD)                                      |  |

**24. En los últimos 2 años, ¿hubo alguna ocasión en la que necesitara ver a un proveedor de atención médica o especialista, pero no pudo hacerlo por problemas de disponibilidad, costo o seguro?**

Para cada "Sí" en la pregunta 24a, indique en la pregunta 24b ¿qué fue lo que evitó que se atendiera con un proveedor o especialista?

	Q24a. Necesitaba un especialista, pero no pudo ir por los problemas en Q24b.		Q24b. De ser así, ¿qué fue lo que evitó que se atendiera con un proveedor o especialista? (Marque todas las opciones que correspondan)			
	Sí	No	Disponibilidad del proveedo	Costo	Problemas de seguros	Otro (especifique)
Salud conductual (p. ej., asesoramiento individual o grupal, servicios de salud mental, trastornos por consumo de sustancias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud infantil o pediatría (p. ej., atención a bebés, revisiones del niño sano, vacunaciones, exámenes físicos para la escuela o el deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer (p. ej., pruebas de detección de cáncer, radiación, quimioterapia, supervivencia al cáncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud del corazón o problemas cardiovasculares (p. ej., enfermedad de las arterias coronarias, ataque al corazón, presión sanguínea alta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Q24a. Necesitaba un especialista, pero no pudo ir por los problemas en Q24b.		Q24b. De ser así, ¿qué fue lo que evitó que se atendiera con un proveedor o especialista? (Marque todas las opciones que correspondan)			
	Sí	No	Disponibilidad del proveedo	Costo	Problemas de seguros	Otro (especifique)
Atención de emergencia u hospitalaria (p. ej., enfermedad repentina o grave, emergencias médicas, rehabilitación, atención como paciente hospitalizado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas con el cerebro, la médula espinal o los nervios/neurología (p. ej., Alzheimer, epilepsia, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas óseos y musculares u ortopedia (p. ej., roturas y fracturas, artritis, articulaciones dislocadas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud de la mujer (p. ej., planificación familiar, ginecología, atención durante el embarazo, menopausia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro: (Especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### PARTE E: Salud mental y consumo de sustancias

25. Pensando ahora en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, ¿durante cuántos días de los últimos 30 días su salud mental no fue buena?

(Indique un número entre 0 y 30): \_\_\_\_\_

27. En los últimos dos años, ¿hubo algún momento en el que usted o alguien de su hogar necesitara ayuda por problemas de salud mental, como sentirse muy triste, ansioso o por tener otros problemas emocionales, pero no pudo obtener la atención necesaria?

- Sí, yo o mi familiar necesitaba servicios o tratamiento de salud mental, pero no los pude/pudo obtener
- No, yo o mi familiar necesitaba servicios o tratamiento de salud mental y pude/pudo obtenerlos
- No, yo o mi familiar no necesité/necesitó servicios o tratamiento de salud mental
- Prefiero no contestar o no sé

26. Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días aproximadamente la mala salud mental le impidió realizar sus actividades habituales, como cuidado personal, trabajo o actividades recreativas?

(Indique un número entre 0 y 30): \_\_\_\_\_

28. En los últimos dos años, ¿hubo algún momento en el que usted o alguien de su hogar necesitara ayuda por problemas de salud mental, como sentirse muy triste, ansioso o por tener otros problemas emocionales, pero no pudo obtener la atención necesaria?

- Sí, yo o mi familiar necesitaba servicios o tratamiento por consumo de sustancias, pero no los pude/pudo obtener
- No, yo o mi familiar necesitaba servicios o tratamiento por consumo de sustancias y pude/pudo obtenerlos
- No, yo o mi familiar no necesité/necesitó servicios ni tratamiento por consumo de sustancias
- Prefiero no contestar o no sé

***Si usted y las personas de su grupo familiar no necesitaron servicios de salud mental o servicios por consumo de sustancias en los últimos 2 años, salte a la Parte F, pregunta 30.***

29. En los últimos 2 años, ¿cuál de estas situaciones, si hubo alguna, hizo que a usted o a algún miembro de su grupo familiar le resultara difícil recibir servicios o tratamiento de salud mental o consumo de sustancias cuando los necesitó? (Marque "sí" si la situación hizo que a usted o a su familiar le resultara difícil o fuera un problema y "no" si no hizo que le resultara difícil o no fue un problema.)

	Sí	No	No sé
Problemas con el seguro (p. ej., los médicos no aceptaban su seguro, usted no tenía seguro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costo de la atención (p. ej., no pudo pagar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los asesores o servicios no aceptaban pacientes nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los tiempos de espera eran demasiado largos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Era difícil programar una consulta a una hora conveniente del día, tarde o fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo o aversión a los proveedores, asesores, médicos u hospitales; médicos,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	No sé
proveedores o personal de consultorio poco amables; no se sentía bien recibido			
No podía conseguir tiempo libre para recibir atención, no le pagarían o perdería el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unable to find care; do not know where to go to for care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el idioma (p. ej., dificultad para hablar con el proveedor de atención médica o con el personal del consultorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los servicios no eran accesibles para personas con discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información de salud no se mantenía confidencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo debido al estado inmigratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estigma o vergüenza de recibir este tipo de servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo a ser hospitalizado contra mi voluntad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo a que mi trabajo o empleador lo descubriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna otra situación que le impidiera a usted o a algún miembro de su grupo familiar recibir tratamiento o atención (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted o un ser querido necesita ayuda, consulte los recursos a continuación:

[New Jersey Hopeline](#) - para apoyo confidencial para cualquier persona con angustia emocional o crisis suicida. **Envíe un mensaje de texto o llame al 988**

[ReachNJ](#) - para obtener ayuda por un trastorno por consumo de sustancias. **Llame al 844-732-2465**

## PARTE F: En sus propias palabras

30. Utilice el espacio que figura a continuación para ampliar un tema mencionado anteriormente o un tema importante relacionado con la salud que no se haya mencionado en esta encuesta y que considere importante a la hora de planificar los servicios de salud y comunitarios.

## PARTE G: Información general adicional

**\*\* Las siguientes preguntas demográficas son únicamente para el análisis de este estudio y se mantienen totalmente confidenciales**

31. ¿Cuál de estas opciones describe mejor su género?

- Mujer  
 Hombre  
 Mujer transgénero  
 Hombre transgénero  
 No binario o género queer (ni masculino ni femenino de forma exclusiva)  
 Agénero o no me identifico con ningún género  
 Categoría de género adicional (especifique): \_\_\_\_\_  
 Prefiero no contestar

32. ¿Cuál de estas opciones describe mejor su orientación sexual?

- Heterosexual  
 Gay o lesbiana  
 Bisexual, pansexual o queer  
 Asexual  
 No estoy seguro  
 Categoría adicional (especifique): \_\_\_\_\_  
 Prefiero no contestar

33. ¿Cuál de estas opciones refleja mejor el ingreso anual de su grupo familiar income before taxes antes de los impuestos? El ingreso del grupo familiar es el total de dinero ganado por todas las personas que viven en su casa en el último año (p. ej., ingresos devengados, pensión alimenticia recibida, etc.).

- Menos de \$10,000  
 Entre \$10,000 y \$14,999  
 Entre \$15,000 y \$24,999  
 Entre \$25,000 y \$34,999  
 Entre \$35,000 y \$49,999  
 Entre \$50,000 y \$74,999  
 Entre \$75,000 y \$99,999  
 Entre \$100,000 y \$149,999  
 Entre \$150,000 y \$199,999  
 \$200,000 o más  
 Prefiero no contestar



**34. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado civil?**

- Soltero/a                       Casado/a                       Prefiero no contestar  
 Separado/a, divorciado/a o viudo/a                       Pareja de hecho, unión civil o convivencia

**35. ¿Nació en Estados Unidos?**

- Sí (salte a la pregunta 36)  
 No (responda la pregunta 35a)  
 Prefiero no contestar



**35a. Si la respuesta es “no”, ¿hace cuánto tiempo que vive en este país?**

- Menos de 1 año  
 Entre 1 y 4 años  
 Entre 5 y 9 años  
 10 años o más, pero no toda mi vida  
 He vivido en EE. UU. casi toda mi vida  
 Prefiero no contestar

**36. ¿Cuáles son los idiomas principales que se hablan en su casa? (Marque todas las opciones que correspondan)**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés    | <input type="checkbox"/> Árabe                 |
| <input type="checkbox"/> Español   | <input type="checkbox"/> Tagalo                |
| <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Italiano              |
| <input type="checkbox"/> Hindi     | <input type="checkbox"/> Polaco                |
| <input type="checkbox"/> Guyaratí  | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano      |
| <input type="checkbox"/> Mandarín  | <input type="checkbox"/> Yidis                 |
| <input type="checkbox"/> Cantonés  | <input type="checkbox"/> Otro _____            |
| <input type="checkbox"/> Coreano   | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

\*\*\*\*\*

***Aquí termina nuestra encuesta. Gracias por su tiempo. Apreciamos mucho su participación.***