

# Condado Weld

## Encuesta de Salud Comunitaria 2019

Departamento  
de Salud Pública  
y Medio Ambiente

### INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Esta encuesta debe ser completada por el adulto de 18 años o más que tenga el próximo cumpleaños. Escuchar de la persona con el próximo cumpleaños ayuda a asegurar que obtengamos respuestas de todo tipo de residentes. Por favor complete la encuesta dentro de los próximos 7 días para evitar envíos adicionales.

**Esta encuesta es importante. Sus respuestas, juntos con otras, se agruparán para identificar problemas e inquietudes en el Condado Weld relacionados con la salud. ¡Queremos escuchar de usted!**

**Su participación es voluntaria. Usted puede optar por participar o no. Sus respuestas individuales se mantienen confidenciales. ¡Gracias por completar esta encuesta!**

Por favor, responda las preguntas sólo cuando se aplican a usted. No responda preguntas en nombre de otros miembros de la familia, a menos que las preguntas lo pidan. Es posible que se le pida que omita las preguntas. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta y escriba cualquier comentario que desee junto a la pregunta.

Responda a las preguntas con marcas claras. Use una ✓ or x. De lo contrario, escriba la respuesta según lo solicitado. Por favor, asegúrese de que los comentarios escritos son fáciles de leer.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con la encuesta en cualquier idioma, llame a nuestra línea de ayuda de la encuesta al (970) 400-2125.

Para llenar la encuesta en línea,  
vaya a [www.weldgov.com/healthsurvey](http://www.weldgov.com/healthsurvey).



## SALUD GENERAL, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURO DE SALUD

1. En general, diría usted que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Por favor, cuéntenos un poco más sobre su salud actual:

	Número de días		
¿Cuántos días durante <u>los últimos 30 días no fue buena su salud física</u> (incluyendo enfermedades físicas o lesiones)?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <span style="margin-left: 10px;">(0-30)</span>		
¿Cuántos días durante <u>los últimos 30 días no fue buena su salud mental</u> (incluyendo estrés, depresión u otros problemas emocionales)?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <span style="margin-left: 10px;">(0-30)</span>		
Durante <u>los últimos 30 días</u> , ¿cuántos días le impidió su mala salud física o mental realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <span style="margin-left: 10px;">(0-30)</span>		

3. ¿Tiene actualmente algún tipo de cobertura de atención médica, incluyendo seguro médico, planes prepagados, como HMO o planes gubernamentales, como Medicare o el Servicio de Salud de el Nativo?

Sí       No

4. ¿Tiene actualmente un seguro que cubra al menos parte del costo de:

	Sí	No	No sé
Recetas medicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de visión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Hay un médico, una enfermera, un asistente médico o un profesional de enfermería que usted considere su proveedor de atención médica regular?

Sí       No

6. ¿Hay un dentista, higienista dental o consultorio dental en particular que usted considere su fuente regular de cuidado dental?

Sí       No

7. Durante los últimos 12 meses, ¿se retrasó o estuvo sin la atención médica necesaria? (Incluya toda la atención médica, atención dental, atención de salud mental, terapias físicas u ocupacionales.)

Sí       No → Si no, vaya a pregunta 8.

7a. En caso afirmativo, ¿por qué no obtuvo toda la atención médica que necesitaba? ((Marque todo lo que corresponda.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuestan mucho<br><input type="checkbox"/> Sin seguro<br><input type="checkbox"/> Problema de salud no cubierto por el seguro<br><input type="checkbox"/> No se pudo encontrar un proveedor médico que acepte mi seguro (incluyendo Medicaid o Medicare)<br><input type="checkbox"/> Proveedor no disponible en mi área/demasiado lejos | <input type="checkbox"/> Problemas de transporte (no tenía una manera para llegar a la cita)<br><input type="checkbox"/> No hay tiempo conveniente / no podía obtener la cita<br><input type="checkbox"/> No se pudo quitar el trabajo<br><input type="checkbox"/> No se pudo encontrar cuidado de niños<br><input type="checkbox"/> Preocupado por el trato o las consecuencias injustas<br><input type="checkbox"/> Otro (Explicar: _____) |
|---|--|

8. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos meses totales tuvo seguro médico?

--	--

Número de meses (0-12) (Si no hay seguro, por favor responda "0".)

9. ¿Qué tipo(s) de seguro médico tiene? (No incluya planes de seguro que cubran solo un tipo de servicio como planes dentales, de visión o de medicamentos recetados. Marque todo lo que corresponda.)

- No tengo seguro médico de ningún tipo → *Vaya a pregunta 9a*
- Seguro médico a través del empleador actual o anterior (incluyendo Cobra) o sindicato incluyendo el plan de un cónyuge o de los padres (incluyendo el beneficio para jubilados)
- Plan de seguro médico que yo, mis padres, pareja o cónyuge compro directamente a una compañía de seguros (privadamente o a través del mercado/intercambio de Colorado)
- Medicaid (también llamado Health First Colorado)
- Medicare (for persons 65 year and older or with certain disabilities)
- Asuntos de Veteranos, Salud Militar, TRICARE, o CHAMPUS
- Otro (Explicar: \_\_\_\_\_)

9a. Indique si alguno de los siguientes motivos es una razón por la que no tiene seguro médico.

	Sí	No
Perdí trabajo/cambio de empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trabajo de un miembro de la familia que proporcionó cobertura terminó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El empleador no ofrece cobertura o no es elegible para la cobertura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ya no es elegible (bajo seguro público o póliza de padres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo es demasiado alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No necesito seguro porque estoy en buena salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sé cómo obtener un seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguna otra razón (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Cuál es el lugar al que sueles ir cuando estás enfermo o necesitas ver a un profesional médico? (Marque un lugar al que suele ir.)

- No tengo un lugar regular para la atención médica → *Vaya a pregunta 11*
- Consultorio médico o clínica privada
- Clínica de salud comunitaria que ofrece una tarifa con descuento (Sunrise, Salud, etc.)
- Sala de emergencias 24/7 (hospitalaria o independiente)
- Centro de atención de urgencia o clínica que está dentro de una tienda minorista
- Escuela, colegio o clínica universitaria
- Otro (Explicar: \_\_\_\_\_)

10a. ¿Qué condado es este lugar? (Seleccione solo una,)

- Weld
- Adams
- Broomfield
- Otro (Lista: \_\_\_\_\_)
- Boulder
- Larimer
- No estoy seguro

11. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces recibió atención en una sala de emergencias?

--	--

Número de veces (0-99) (Si ninguno selecciona "0" y vaya a pregunta 12)

11a. Si recibió atención de urgencias en el último año, piense en la visita más reciente. ¿Fue su última visita a Urgencias por una afección que usted pensó que podría haber sido tratada por un médico regular si hubiera estado disponible?

- Sí
- No
- No estoy seguro

**11b. ¿Su última visita a emergencias fue por alguna de estas importante razones?** (Marque sí o no respuesta para cada uno.)

	Sí	No
No se pudo programar cita en el consultorio del médico/clínica (las horas no funcionaron, citas disponibles demasiado lejos en el futuro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se necesita atención, pero el consultorio/clínica del médico estaba cerrado (después de horas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El proveedor de atención médica me dijo que fuera a sala de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El problema era demasiado grave para el consultorio/clínica del médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo transporte confiable para llegar al consultorio/clínica del médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gusta ir al consultorio/clínica del médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiero ir a sala de emergencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ambulancia/vehículo de emergencia me llevó allí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SU CONDICION DE SALUD, COMPORTAMIENTO Y OPINIONES

**12. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud?** (Marque sí o no para cada uno.)

	Sí	No
Presión arterial alta, hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos para la presión arterial?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre) (Si sólo durante el embarazo, responda "no".)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias o accidente cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otro tipo de cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC, enfisema o bronquitis crónica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependencia del alcohol o las drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra afección crónica (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. ¿Tiene ahora alguna de las siguientes condiciones?** (Marque sí o no para cada uno.)

	Sí	No
Dolor crónico (dolor continuo o recurrente que ha persistido o progresado durante más de 12 semanas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando actualmente analgésicos recetados?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está utilizando actualmente cannabis o CBD para controlar el dolor?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión, ansiedad u otro problema de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos de un médico u otro profesional de la salud para su afección?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de muelas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros problemas con los dientes o las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En caso afirmativo, en su visita más reciente, ¿le aconsejó un médico, enfermero o profesional de la salud que bajara de peso?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



14. En los últimos 30 días, ha utilizado o consumido alguno de los siguientes?

	Sí, algunos días	Sí, todos los días	No
Cigarrillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masticar/escupir tabaco u otros productos sin humo como snus o ZYN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarros, cigarrillos o pipas, incluyendo hookah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarrillos electrónicos o dispositivo electrónico para fumar que contenga nicotina como JUUL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana/cannabis para propósitos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marihuana/cannabis para propósitos recreativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. ¿Has fumado al menos 100 cigarrillos en toda tu vida? (Cinco paquetes equivalen a 100 cigarrillos. No incluya cigarrillos electrónicos, cigarrillos de hierbas, cigarros, pipas, bidis, hookahs o marihuana.)

- Sí  No

16. **Sólo los usuarios actuales de marihuana/canabis, de lo contrario pasar a la siguiente pregunta:** En los días que usó marihuana, ¿cuántas veces al día usó en promedio? (Si no hay ninguno, escriba "0".)

El número promedio de veces por día (0-99)  No estoy seguro

17. **Sólo los usuarios actuales de alcohol, de lo contrario pasar a la siguiente pregunta:** Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 4 o más bebidas (para las mujeres) o 5 bebidas o más (para los hombres) en una ocasión? (Una bebida es una lata de 12 onzas o una botella de cerveza, un vaso de 5 onzas de vino o un shot de licor.) (Si no hay ninguno, escriba "0".)

El número promedio de veces por día (0-99)

Por favor, responda las siguientes preguntas, no importa si alguna vez ha consumido tabaco o productos de marihuana.

18. ¿Cuánto crees que puede correr riesgo la salud de un adulto promedio con el uso diario o casi diario de marihuana?

- Gran riesgo  Riesgo moderado  Pequeño riesgo  No riesgo  No estoy seguro

19. Estarías a favor o en contra a las políticas de la comunidad local que:

	Totalmente a favor	Algo a favor	Ninguna opinión	Algo en contra	Totalmente en contra
Exigir a los minoristas que tengan una licencia para vender tabaco o productos de nicotina (Actualmente, no se requiere licencia.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumentar la edad mínima legal para comprar todos los productos de tabaco y nicotina de 18 a 21 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prohibir fumar en áreas públicas al aire libre, como áreas recreativas, parques, áreas de juegos infantiles y senderos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permitir la operación de tiendas minoristas de marihuana e instalaciones de cultivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CONDUCTAS Y EXAMENES DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD

20. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo lo siguiente?	Dentro de un año	Hace 1 a 2 años	En los últimos 3 años	En los últimos 5 años	Hace 5 o más años	Nunca
Chequeo de rutina por un médico, enfermero o asistente médico (no por una enfermedad, lesión o condición específicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen dental y/o limpieza dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen ocular o prueba(s) de visión (s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de colesterol en sangre (extrayendo sangre o pinchando el dedo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Control de la presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de azúcar en sangre (examen de diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de heces en la sangre con un kit de examen casero (para detectar cáncer de colon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia (inspección completa del recto y el colon para el cancer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>SOLO MUJERES:</b> Mamografía (radiografía de mama)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>SOLO MUJERES:</b> Papanicolaou (prueba para el cáncer de cuello uterino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SOLO MUJERES:** Marcar aquí si se ha recibido una histerectomía →  **SOLO MUJERES:** Marcar aquí si está embarazada →

21. ¿Cuánto mide (sin zapatos)?

pies   pulgadas

¿Cuánto pesa (sin zapatos)?

libras

22. ¿Cuánto está de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones sobre vacunas?

	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy para nada de acuerdo	Ninguna opinión
Las vacunas son importantes para mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser vacunado es importante para la salud de los demás en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las vacunas son efectivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. ¿Recibió una vacuna o spray nasal contra la gripe estacional durante la última temporada de gripe? (Septiembre de 2018-Abril de 2019)

Sí       No       No estoy seguro

24. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente al conducir un vehículo?

	Siempre	Usualmente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No manejo
Ponerse cinturón de seguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablar por teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leer/mandar correos electrónicos o textos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar dentro de 2-3 horas después de usar la marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejar dentro de 1 hora después de beber alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BUSCANDO HABITOS DE SALUD

25. Sin contar el jugo, en promedio, ¿cuántas **porciones de fruta** comes cada día? (Una porción es ½ taza de fruta picada, cocida, enlatada, congelada, o una pequeña (tamaño de bola de tenis) o ¼ taza de fruta seca.)

El número promedio de porciones por día (0-99) (Si no hay ninguno, escriba "0".)

26. En promedio, ¿cuántas **porciones de verduras** come cada día? (Una porción es ½ taza de verduras crudas, cocidas, enlatadas o congeladas picadas o una taza de verduras crudas y de hoja, o 4 onzas de jugo de verduras 100%.)

El número promedio de porciones por día (0-99) (Si no hay ninguno, escriba "0".)

27. ¿Con qué frecuencia bebes **bebidas azucaradas**? (Se trata de bebidas con azúcar añadida, jarabes saborizados u otros edulcorantes, como soda regular pop, ponches de frutas o bebidas de frutas, té edulcorado o aromatizado, bebidas de café edulcoradas o saborizadas, bebidas deportivas, bebidas energéticas y leches saborizadas o dulces. No incluya bebidas dietéticas o sin azúcar o jugo al 100%.)

- Nunca o raramente (semanal o mensual, pero no todos los días)       Una vez al día       De cuatro a cinco veces al día  
 De dos a tres veces al día       Seis o más veces al día

28. Durante el **mes pasado**, aparte de su trabajo regular, ¿participó en alguna actividad física o ejercicio como correr, andar en bicicleta, jugar al golf, jardinería o caminar para hacer ejercicio?

- Sí       No       No estoy seguro

*Las siguientes 3 preguntas son acerca de su actividad física en los últimos 7 días. (Esto incluye actividades que usted hace en el trabajo, como parte de su trabajo de la casa y el patio, para ir de un lugar a otro, y en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte. Por favor, responda a cada pregunta, no importa cuán activo o inactivo esté.)*

29. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días hizo actividad física **vigorosa** que tomó un esfuerzo físico duro y te hizo respirar mucho más duro de lo normal, como levantar objetos pesados, cavar, trotar, hacer aeróbicos o andar en bicicleta rápida?

Número de días de actividad vigorosa (1-7) **Marque aquí si no hay actividad vigorosa** →

29a. ¿Cuánto tiempo en total **usalmente** pasó en uno de esos días que hizo actividades físicas vigorosas?

Total de minutos pasados en promedio por día       No estoy seguro

30. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días hizo actividad física **moderada** que te hizo respirar algo más duro de lo normal, como llevar cargas ligeras, andar en bicicleta a un ritmo regular o jardinería? (No incluya caminar aquí.)

Número de días de actividad moderada (1-7) **Marque aquí si no hay actividad moderada** →

30a. ¿Cuánto tiempo en total **usalmente** pasó en uno de esos días que hizo actividades físicas moderadas?

Total de minutos gastados en promedio por día       No estoy seguro

31. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días **caminó**, como caminar en el trabajo o en casa, viajar de un lugar a otro, o cualquier otro caminar por recreación, deporte, ejercicio u ocio?

Número de días de camino (1-7) **Marcque aquí si no caminó** →

**31a. ¿Usualmente, cuánto tiempo dedicó a caminar en uno de esos días?**

--	--	--

Total de minutos pasados en promedio por día

No estoy seguro

### TEMAS DE SALUD AMBIENTAL

**32. ¿Qué tan problemáticos son los siguientes problemas de salud ambiental en la ciudad, pueblo o zona rural en particular donde vive?**

	Problema grave	Problema menor	No hay problema	No sé
Aire exterior contaminado (nube marrón, polvo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aire interior sucio (molde, radón, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contaminación de automóviles, camiones y otros vehículos de carretera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exposición al humo de tabaco de segunda mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua insegura o sucia para beber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contaminación por operaciones agrícolas (abono, productos químicos, residuos de cultivos, quema agrícola, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contaminación de la industria (fabricación, perforación de petróleo y gas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay suficientes opciones para reciclar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida insegura en restaurantes, supermercados, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos domésticos no utilizados/no comidos que terminan en la basur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay suficientes aceras o senderos para caminar o andar en bicicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demasiados mosquitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demasiadas moscas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios en las condiciones climáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inundaciones excesivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. ¿Cuál es su nivel de acuerdo con las siguientes declaraciones sobre la ciudad, pueblo o área rural donde vive?**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
Es fácil caminar en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fácil andar en bicicleta en mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es posible llegar a muchos lugares que necesito para ir en bicicleta o caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es posible llegar a muchos lugares que necesito para ir en transporte público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### NECESIDADES DE SERVICIO BASADAS EN LA COMUNIDAD

**34. En los últimos 12 meses, ¿pensó que necesitaba atención de salud mental o servicios de consejería?**

Sí → En caso afirmativo, vaya a pregunta 34a       No → Si no, vaya a pregunta 35



**34a. En caso afirmativo, ¿buscó servicios de consejería o tratamiento?**

- Sí → En caso afirmativo, vaya a pregunta 34b     No → Si no, vaya a pregunta 34c

**34b. En case afirmativo, ¿dónde buscó servicios de consejería o tratamiento? (Marque todo lo que corresponda.)**

- Consejero privado, terapeuta, trabajador social u otro proveedor que se especialice en salud mental     North Range Behavioral Health
- Médico o enfermero de atención primaria     Iglesia, templo u otro lugar de fe
- Otro (Explicar: \_\_\_\_\_)

**34c. Si no, ¿alguna de estas declaraciones explica por qué no obtuvo tratamiento?**

	Sí	No
Me preocupaba que buscar tratamiento pudiera hacer que la familia, amigos, vecinos y otros tuvieran una opinión negativa de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupaba que buscar tratamiento o consejería pudiera tener un efecto negativo en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi seguro médico no cubre o no paga lo suficiente por el tratamiento de salud mental o la consejería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía pagar el costo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me costó conseguir una cita con un psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupaba que pudiera estar internado en un hospital psiquiátrico o podría tener que tomar medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sabía adónde ir para obtener servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tuve tiempo de buscar tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35. Marque su nivel de acuerdo con las siguientes declaraciones:**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
El tratamiento puede ayudar a la gente con enfermedad mental a vivir una vida normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente es generalmente compasiva y cariñosa con las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**36. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su hogar necesitó y/o utilizó alguno de los servicios comunitarios enumerados a continuación?**

	No necesitó	Necesitó y usó	Necesitó pero no usó	No sé
Servicios para niños/jóvenes con problemas emocionales o comportamiento sin delito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de tratamiento o consejería para la adicción al alcohol o las drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud dental/oral de bajo costo o sin costo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios para adultos de la tercera edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información de crianza, capacitación o clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia financiera de cuidado de niños/cuidado diurno (incluyendo CCCAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de salud física o mental como resultado de agresión sexual o abuso físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios relacionados con el trabajo/empleo (ayuda a encontrar trabajo o capacitación laboral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia financiera (desempleo, Colorado Works/TANF, Seguro Social para incapacidad-SSI, Pension en la vejez, Ayuda a Necesitados y Discapacitados), bienestar o pagos por discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia alimentaria o de comidas (banco de alimentos, cupones de alimentos/SNAP, WIC, Comidas Sobre Ruedas, almuerzo gratuito o reducido a base de la escuela)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de vivienda (asistencia de alquiler/factura de servicios públicos, LEAP o refugios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de asistencia de transporte (vales, reembolsos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## INFORMACION INDIVIDUAL Y DEL HOGAR

**37. Durante los últimos 2 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que posee, alquila o se queda como parte de un hogar?**

- Sí       No

**38. ¿Le preocupa que en los próximos 2 meses, es posible que no tenga una vivienda estable que usted posee, alquila o se queda como parte de un hogar?**

- Sí       No

**39. En los últimos 12 meses, ¿alguien (familia, amigo u otro no pariente) se ha alojado en su casa de forma temporal debido a una de las siguientes razones? (Marque sí o no para cada uno.)**

	Sí	No
Problema de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades financieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**40. Actualmente, ¿más de una familia vive en su hogar?**

- Sí       No

**41. En los últimos 12 meses, ¿tuvo que dejar un trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar en gran medida su trabajo debido a problemas con cualquiera de las siguientes razones? (Marque sí o no para cada uno.)**

	Sí	No
Enfermedad personal, lesión o problema médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar de un miembro de la familia (pareja, padre, hijo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de cuidado infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despedido del trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hay suficiente sueldo u horas para trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coche personal, camioneta, camión no funciona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte público insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro: (Explicar: _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**42. Con qué frecuencia en los últimos 12 meses estabas preocupado o estresado por:**

	Always	Usually	Sometimes	Rarely	Never
Tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagar su renta/hipoteca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pago de facturas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser capaz de pagar la atención médica que necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su seguro de salud se vuelve demasiado caro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**43. En los últimos 12 meses, ¿se ha sido abofeteado, empujado, golpeado, pateado o herido de otro modo por alguien en tu casa?**

- Sí       No       Prefiere no responder

**Esta información es importante para obtener una imagen general de la comunidad, no para averiguar sobre usted personalmente.**

**44. ¿En qué tipo de casa vives actualmente?**

- Casa
- Edificio/apartamento con 3 o más unidades
- Edificio dúplex o de dos unidades
- Casa móvil o fabricada

**45. ¿Es usted el propietario o alquila su residencia?**

- Propietario
- Renta/aquila
- Otro arreglo  
(Explique abajo)

**46. ¿Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Weld?**

--	--

Número de años

**47. ¿Cuántas veces se ha mudado en el último año?**

--	--

Número de veces

**48. Incluido usted mismo, ¿cuántas personas (adultos y niños) viven en su hogar?**

--	--

Número de adultos (18 años o más)  

--	--

Número de niños (17 años o menos)

**49. ¿Usted o alguien en su hogar prefiere usar un idioma que no sea el español en el hogar?**

- No
- Sí → En caso afirmativo, ¿qué idioma?

**50. ¿Una discapacidad o enfermedad crónica le impide su participación en el trabajo, las tareas domésticas u otras actividades diarias?**

- Sí
- No

**51. ¿Cuál es su situación laboral actual? (Marque todo lo que corresponda.)**

- Empleado a tiempo completo por un salario
- Ama de casa de tiempo completo
- Empleado a medio tiempo por un salario
- Estudiante de tiempo completo
- Empleado por cuenta propia
- Estudiante de medio tiempo
- Discapacitado/no puedo trabajar
- Retirado
- Desempleado/despedido
- Militar

**52. ¿En qué año nació?**

--	--	--	--

**53. Usted es:**

- Mujer
- Hombre
- Transgénero

**54. Usted considera:**

- Heterosexual (straight)
- Otro
- Lesbiana o homosexual
- Inseguro
- Bisexual

**55. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?**

- Menos de grado noveno
- Grado 9 a 12, sin diploma
- Diploma de la escuela secundaria o equivalente
- Algo de colegio/universidad, sin licenciatura
- Licenciatura asociada (como AA, AS)
- Licenciatura bachillerato (BA, AB, BS)
- Licenciatura graduada o profesional

**56. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar antes de impuestos en 2018? (Incluya los ingresos de todas las fuentes, como empleos, seguridad social, asistencia pública e ingresos de jubilación para usted y todas las demás personas que viven en su hogar.)**

- \$12,000 o menos
- \$47,001-\$50,000
- \$12,001-\$17,000
- \$50,001-\$54,000
- \$17,001-\$21,000
- \$54,001-\$59,000
- \$21,001-\$23,000
- \$59,001-\$63,000
- \$23,001-\$25,000
- \$63,001-\$66,000
- \$25,001-\$30,000
- \$66,001-\$74,000
- \$30,001-\$34,000
- \$74,001-\$83,000
- \$34,001-\$38,000
- \$83,001-\$100,000
- \$38,001-\$41,000
- \$100,001-\$118,000
- \$41,001-\$47,000
- \$118,001 o más

**57. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus antecedentes? (Marque todo lo que corresponda.)**

- Blanco, no-Hispano
- Hispano, Latino, o Español (de cualquier raza o etnicidad)
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiáticos
- Negro o Afro-Americano
- Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico
- Otro: (\_\_\_\_\_)

58. ¿Qué cree que los residentes del Condado de Weld necesitan para mejorar su salud y bienestar?

---

---

---

---

---

---

---

---

**¡GRACIAS POR COMPLETAR NUESTRA ENCUESTA!**

**Preguntas o comentarios:  
Audrey Goold  
agoold@weldgov.com  
(970)400-2242**