

# EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD 2020

## KING'S DAUGHTERS

2201 Lexington Avenue  
Ashland, KY 41101  
KingsDaughtersHealth.com

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Con fines de seguir satisfaciendo las necesidades de salud de nuestra comunidad, King's Daughters le pide que comparta sus pensamientos sobre su salud y la salud de su comunidad. A través de esta breve encuesta podremos identificar las necesidades, los problemas, y las dudas de salud de todos los miembros de nuestra comunidad. Agradecemos su tiempo y apoyo.

1. ¿Cómo describiría su salud en general? ..... ☐ Muy saludable ..... ☐ Saludable ..... ☐ Algo saludable ..... ☐ No saludable/enfermiza

2. ¿Qué tipos de problemas padece usted o su familia?

- |                                                               |                                                                     |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso o exceso de alcohol              | <input type="checkbox"/> Uso/abuso de drogas                        | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/cigarro electrónico       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios (asma, SDRA, EPOC) | <input type="checkbox"/> Prueba/tratamiento de COVID-19          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral/accidente cerebrovascular  | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares           |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Salud infantil                             | <input type="checkbox"/> Salud mental/suicidio                   |
| <input type="checkbox"/> Obesidad/sobrepeso                   | <input type="checkbox"/> Salud dental                               | <input type="checkbox"/> alguna otra enfermedad/condición: _____ |

3. Recibo servicios médicos por parte de mi:

- |                            | de acuerdo               | neutral                  | desacuerdo               |                                 | de acuerdo               | neutral                  | desacuerdo               |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Doctor .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Compañeros de la iglesia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Familiares.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Evito servicios médicos.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Amistades.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Internet.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Colegas de trabajo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |                          |                          |

4. Sexo:..... ☐ Hombre ..... ☐ Mujer ..... ☐ Prefiero no identificar mi sexo

5. ¿Durante el año pasado a donde recurrió con mas frecuencia para recibir atención medica?

- |                                                    |                                                       |                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias       | <input type="checkbox"/> Departamento de salud local  | <input type="checkbox"/> Consultorio medico | <input type="checkbox"/> Centros de salud federales (por ejemplo, CAO o Primary Plus) |
| <input type="checkbox"/> Atención de urgencia      | <input type="checkbox"/> No recibí servicios de salud |                                             |                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |                                                       |                                             |                                                                                       |

6. ¿Cuáles son sus obstáculos para recibir atención medica?

- |                                                                          |                                                                       |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acceso a un medico al cual me puedo identificar | <input type="checkbox"/> Idioma                                       | <input type="checkbox"/> Acceso a un médico que este cerca de mi |
| <input type="checkbox"/> Costo/falta de seguro                           | <input type="checkbox"/> Diferencias de raza                          |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Transportación                                  | <input type="checkbox"/> No le tengo confianza a la servicios médicos |                                                                  |

7. ¿Cómo podemos lograr que nuestros programas educativos de la salud y exámenes médicos gratuitos sean mas convenientes para usted?

- |                                                                                             |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dar exámenes/educación en centros comerciales, supermercados, etc. | <input type="checkbox"/> Dar exámenes/ofrecer programas educativos en mi iglesia |
| <input type="checkbox"/> Dar exámenes/educación en mi colonia                               | <input type="checkbox"/> Videos en Facebook o Youtube                            |
| <input type="checkbox"/> Ofrecer transportación                                             | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____                               |

8. Yo pertenezco al siguiente grupo de edad:..... ☐ 18-30 ..... ☐ 31-60 ..... ☐ 61-80 ..... ☐ Tengo 81 o mas de 81 años de edad

9. ¿Cuál es su idioma principal? ..... ☐ Inglés ..... ☐ Español ..... ☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

10. Mi raza es:

- |                                                               |                                                  |                                                                       |                                                |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiático                             | <input type="checkbox"/> Blanca                  | <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativos de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái e islas del pacifico | <input type="checkbox"/> alguna otra raza: _____ |                                                                       |                                                |

11. Mi etnia es:

- |                                                          |                                         |                                  |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mexicano/a o Mexicano americano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Cubano  | <input type="checkbox"/> Salvadoreño                                                   |
| <input type="checkbox"/> Dominicano                      | <input type="checkbox"/> Colombiano     | <input type="checkbox"/> Chicano | <input type="checkbox"/> Otro (español, ecuatoriano, guatemalteco, especifique): _____ |

12. ¿Recibí ayuda para llenar esta encuesta? ..... ☐ Si ..... ☐ No

Si respondió que si ¿Quién le ayudo? ... ☐ Miembro familiar .... ☐ Vecino .... ☐ Colega de trabajo.. ☐ Alguien mas (especifique): \_\_\_\_\_

13. Yo vivo en el siguiente condado:

- ☐ Boyd ..... ☐ Carter ..... ☐ Greenup ..... ☐ Lawrence, Ohio ..... ☐ Scioto ..... ☐ Otro condado (especifique): \_\_\_\_\_

Utilice el espacio proporcionado para compartir sus ideas o cualquier otra información que considere importante para su salud o la salud de su familia. Sus comentarios nos ayudarían a cumplir nuestra misión de mejorar la salud de nuestra comunidad.

Si desea comunicarse con nosotros, favor de enviarnos un correo electrónico a: [kingsdaughtersmedicalcenter@gmail.com](mailto:kingsdaughtersmedicalcenter@gmail.com).