

Encuesta de Promoción de Salud NACCHO

Por favor ponga un círculo por cada pregunta.

1. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas?

- | | | | |
|--|----|----|----------|
| a) Ceguera o problemas graves de la vista | Sí | No | No lo sé |
| b) Sordera o una pérdida grave de la audición | Sí | No | No lo sé |
| c) ¿Una condición que limita grandemente una o más actividades básicas como caminar, subir escaleras, alcanzar, levantar o acarrear con las manos? | Sí | No | No lo sé |
| d) ¿Una condición que se repite que limita su habilidad para efectuar sus actividades básicas diarias? | Sí | No | No lo sé |
| e) ¿Una condición mental que limita su habilidad para efectuar actividades básicas diarias? | Sí | No | No lo sé |
| f) ¿Una incapacidad que limita su funcionamiento para aprender, entender o procesar información? | Sí | No | No lo sé |

2. ¿Tiene alguna dificultad para hacer cualquiera de las siguientes actividades debido a una condición física, mental o emocional que ha durado seis meses o más?

- | | | |
|--|----|----|
| a) ¿Vestirse, bañarse, o moverse dentro de su casa? | Sí | No |
| b) ¿Salir de su casa a solas para ir de compras o visitar al doctor? | Sí | No |
| c) ¿Trabajar en su puesto de trabajo o negocio? | Sí | No |
| d) ¿Aprender, recordar o concentrarse? | Sí | No |



Si usted contestó “no” a todas las preguntas hasta ahora, por favor pare ahora y dé este cuestionario al trabajador que se lo dio a usted. Gracias por su tiempo.



Si usted contestó “sí” al menos a una pregunta hasta ahora, por favor continúe.

3. Cómo llamaría usted a su incapacidad/es o dificultad:

4. ¿Dónde le gusta recibir información sobre el cuidado de su salud?

<u>Doctor/ proveedor de salud</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Trabajador de casos/ trabajador social</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Familia</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Amigos</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Compañeros de trabajo</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Iglesia/ Grupos religiosos</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Vecinos</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Libros</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Internet</u>	Sí	No	No lo sé
<u>TV</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Grupos de Apoyo</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Servicios sociales</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Escuela</u>	Sí	No	No lo sé
<u>Otro _____</u>	Sí	No	No lo sé

5. ¿De qué manera le gustaría recibir información sobre el cuidado de su salud?

<u>Materiales escritos</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>CDs o cintas grabadas</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Videos/DVDs</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Letras Grandes de Imprenta</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Letras para ciegos (Brail)</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Medio electrónico/Internet</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
Otro _____	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>

6. ¿Está usted satisfecho con la información que recibe de su doctor o proveedor de salud?

Sí No No lo sé

Por favor explique:

7. ¿Le gustaría recibir más información de su doctor o proveedor de salud?

Sí No No lo sé

Si usted contestó “no” a la pregunta 7, vaya a la pregunta 9.

8. ¿Qué información le gustaría recibir de su doctor o proveedor de salud?

9. ¿Está usted satisfecho con el tratamiento que recibe de su doctor o su proveedor de salud?

Sí No No lo sé

Por favor, explique:

10. ¿En qué actividades de promoción de salud estaría usted interesado en participar?

<u>Actividades de ocio/ reducción de la tensión (estrés)</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Clases de educación de salud</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Clases de Gimnasia</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Clases de cocina o nutrición</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Grupos Sociales</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Actividades religiosas/espirituales</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Actividades recreacionales</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Otra _____</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>

11. ¿En qué clase de apoyo de la promoción de salud estaría usted interesado?

<u>Ayuda para preparar su casa</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Aparatos en la casa/ayudas</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Entrenamiento de trabajo o ayuda para administrar su dinero</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Ayuda para planear la transportación</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Recordatorios para los exámenes médicos</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Otro _____</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>

12. ¿En qué información de la promoción de salud estaría usted interesado?

<u>Información sobre servicios de accesibilidad</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Información sobre accesibilidad de caminos al aire libre u otras actividades de ejercicio físico</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Información sobre tratamientos alternativos</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Listado de recursos</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>
<u>Otro _____</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No lo sé</u>

13. Las personas a veces tienen dificultades para hacer lo que necesitan para mantenerse saludables. Por favor díganos que tan a menudo cada uno de estos problemas evita que usted haga lo necesario para mantenerse saludable. (ponga un círculo)

Falta de instalaciones adecuadas	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Demasiado cansado	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de transportación	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Sentir que lo que hago no ayuda	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de dinero	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Dificultades	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Nadie que me ayude	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
No estoy interesado	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de información sobre lo que hacer	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Avergonzado sobre mi apariencia	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Preocupado sobre la seguridad	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de apoyo de la familia/amigos	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Interfiere con otras responsabilidades	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de tiempo	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Siento que no puedo hacer las cosas correctamente	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Dificultad con la comunicación	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Mal tiempo	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de ayuda de los profesionales de salud	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Falta de acceso/acomodaciones de la enfermedad	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Otro _____	Nunca	A veces	A menudo	Siempre

14. ¿Tiene una enfermera trabajadora de casos o un trabajador social en esta clínica? Sí No No lo sé

15. ¿En qué año nació? _____

16. ¿Cuál es su género? (Por favor ponga un círculo o rellene la casilla)

Hembra Varón Otro _____

17. ¿Cuál es su raza/etnicidad? (Ponga un círculo o rellene la casilla)

Afro-Americano/Negro Blanco/Caucasiano Hispano/Latino

Asiático/Islas del Pacífico Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska

Otro _____

18. ¿Le gustaría que el Departamento de Salud le deje saber sobre actividades de promoción de la salud, información y apoyo cuando éstas estén disponibles?

Sí No

19. ¿Estaría interesado en compartir sus opiniones/pensamientos y/o le gustaría participar en la coordinación futura de actividades de promoción de salud para personas con incapacidades?

Sí No

20. Si usted contestó sí a cualquiera de las dos preguntas 18 o 19, por favor dénos su información para poder contactarle. Sólo usaremos su información para las contestaciones que usted dijo “sí”.

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Dirección de E-mail _____

¡Muchas gracias por completar el cuestionario!