



FECHA DE LÍMITE 15 de Julio, 2018

Cuestionario de Encuesta de Salud para el Centro Médico de Glenn

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general?

- Excelente Muy Bien Regular Mal

2. Por favor seleccione los tres principales problemas de salud que enfrenta.

- Cáncer Alta presión de sangre Problemas de Salud Mental
 Diabetes alcoholicas Derrame cerebral Consumo excesivo de bebidas
 Sobrepeso/Obesidad Enfermedades Cardíacas Adicción a Drogas
 Enfermedad Pulmonar Dolor en las Articulaciones o Dolor de Espalda
 No tengo ningún problema de salud
 Otro (por favor especifique) _____

3. ¿A dónde va para recibir atención médica regularmente?

- Oficinas Medicas Otras Clínicas Sala de Emergencias Clínica Urgente
 No buscaría atención médica No recibo atención médica regularmente

¿En qué comunidad recibe atención médica regular? _____

4. ¿En caso de emergencia a dónde iría para servicios médicos, si fuera capaz de ir por su propia cuenta?

- Oficinas Medicas Otras Clínicas Sala de Emergencias Clínica Urgente
 No buscaría atención médica No recibo atención médica rutinaria

¿En qué comunidad recibe atención médica de emergencia? _____

5. ¿Hay algún problema que le impida acceder atención médica?

- Creencias Culturales/Religiosas
 No saber cómo encontrar doctores
 No entender la necesidad de ver a un médico
 Miedo (por ejemplo, no está listo para enfrentar/discutir problema de salud)
 Falta de disponibilidad de doctores
 El idioma
 No seguro y no se puede pagar por el cuidado
 No se puede pagar el copago/deductible
 Transportación
 Otro (por favor especifique) _____

6. ¿Qué se necesita para mejorar la salud de su familia y sus vecinos? (marqué tres.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentos más saludables | <input type="checkbox"/> Oportunidades de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Establecimientos de recreación |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Servicios de salud |
| <input type="checkbox"/> Médicos especializados | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de salud gratuitas o asequibles |
| <input type="checkbox"/> Lugares seguros para caminar/jugar | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> No sé | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ |

7. ¿Qué tipos de evaluaciones de salud y/o servicios médicos son necesarios para mantener la salud de usted y de su familia? (marque hasta cinco.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chequeo de la presión | <input type="checkbox"/> Preparación para emergencias | <input type="checkbox"/> Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ejercicio/Actividad Física | <input type="checkbox"/> Cuidado prenatal |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (grasas en la sangre) | <input type="checkbox"/> Prevención de caídas para ancianos | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Chequeo dental | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | |
| <input type="checkbox"/> Prevención del suicidio | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> VIH/Sida y Enfermedad Transmitida Sexualmente (ETS) | <input type="checkbox"/> Chequeos de salud regularmente | |
| <input type="checkbox"/> Prevención del brote de enfermedades | <input type="checkbox"/> Ayuda con la pérdida de peso | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> Salud mental/Depresión | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | | |

8. ¿En qué temas de salud necesita educación? (por favor marque hasta cinco.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chequeo de la presión | <input type="checkbox"/> Preparación para emergencias | <input type="checkbox"/> Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ejercicio/Actividad Física | <input type="checkbox"/> Cuidado prenatal |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (grasas en la sangre) | <input type="checkbox"/> Prevención de caídas para ancianos | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Chequeo dental | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | |
| <input type="checkbox"/> Prevención del suicidio | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> VIH/Sida y Enfermedad Transmitida Sexualmente (ETS) | <input type="checkbox"/> Chequeos de salud regularmente | |
| <input type="checkbox"/> Prevención del brote de enfermedades | <input type="checkbox"/> Ayuda con la pérdida de peso | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> Salud mental/Depresión | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | | |

9. ¿De dónde obtiene la mayor parte de su información sobre la salud? (marque todos los que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doctor/proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Grupo de iglesia |
| <input type="checkbox"/> Facebook o Twitter | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Escuela o Universidad |
| <input type="checkbox"/> Otras redes sociales | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Familiares o amistades | <input type="checkbox"/> Periódico/Revista | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> La radio | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

10. ¿Qué servicios adicionales de salud se deben ofrecer para satisfacer los retos de salud en su comunidad?

11. Por favor, elija todas las opciones que se aplican a usted.

- Hago ejercicio por lo menos tres veces por semana.
- Como por lo menos cinco porciones de frutas y vegetales por día
- Como comida rápida más de una vez por semana.
- Fumo cigarrillos.
- Masticar Tabaco.
- Utilizo drogas ilegales.
- Abuso o uso excesivamente de medicamentos recetados.
- Tomo más de cuatro bebidas alcohólicas (para mujeres) o cinco (para hombres) por día.
- Utilizo crema protector contra el sol o ropa adecuada para el tiempo planeado expuesto al sol.
- Recibo vacuna contra la gripe anualmente.
- Tengo aseso a programa de salud por parte de mi empleador.
- Ninguna de las opciones me aplica.

12. ¿Cuál de los siguientes procedimientos preventivos ha tenido en los últimos 12 meses?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mamografía (mujer) | <input type="checkbox"/> Papanicolaou (mujer) | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe |
| <input type="checkbox"/> Análisis de próstata (hombre) | <input type="checkbox"/> Análisis de colesterol | <input type="checkbox"/> Examen de la visión |
| <input type="checkbox"/> Revisión de oídos | <input type="checkbox"/> Evaluación cardiovascular | <input type="checkbox"/> Examen rectal o de colon |
| <input type="checkbox"/> Prueba de densidad ósea (huesos) | <input type="checkbox"/> Prueba de la presión de sangre | <input type="checkbox"/> Limpieza o radiografía dental |
| <input type="checkbox"/> Chequeo de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Análisis de cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Examen físico |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores | | |

13. ¿Cómo pudiera Glenn Medical Center satisfacer mejor sus necesidades médicas?

14. Opcional: ¿Cuál es su sexo?

- Masculino Femenino

15. Opcional: ¿Cuál categoría a continuación incluye su edad?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 | <input type="checkbox"/> 18-29 | <input type="checkbox"/> 30-39 |
| <input type="checkbox"/> 40-49 | <input type="checkbox"/> 50-59 | <input type="checkbox"/> 60-69 |
| <input type="checkbox"/> 70-79 | <input type="checkbox"/> 80-89 | <input type="checkbox"/> 90+ |

16. Opcional: ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> kínder-8 grado | <input type="checkbox"/> Alguna secundaria | <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria |
| <input type="checkbox"/> Escuelatécnica | <input type="checkbox"/> Alguna universidad | <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad |
| <input type="checkbox"/> Escuela de posgrado | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |

17. Opcional: ¿Tiene seguro médico?

- Sí No No, pero tenía anteriormente

18. Opcional: ¿Necesita usted un doctor familiar? (Doctor Familiar/ Medicina Interna) Si respondió sí, de su información de contacto al final de la encuesta.

- Sí No

19. ¿Necesita un especialista? Por favor marque todos los que apliquen e incluye su información de contacto al final de la encuesta.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Cirugía de tórax |
| <input type="checkbox"/> Electrofisiología | <input type="checkbox"/> Bariátrica/bajar de peso | <input type="checkbox"/> Cirugía Vascular |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Cirugía general | <input type="checkbox"/> Oncología |
| <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica |
| <input type="checkbox"/> Colorrectal | <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Curación de heridas |
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Salud mamaria | <input type="checkbox"/> Trastornos de sueño |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | | |

Por favor enumere cualquier área en la cual nuestro servicio podría ser mejorado.

Por favor comparta comentarios adicionales.

Información personal

Proporcionar la siguiente información es opcional

Nombre	Apellido	Sexo	Edad
--------	----------	------	------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Correo Electrónico	Número de Teléfono
--------------------	--------------------

¿Le gustaría que alguien se comuniqué con usted en relación de esta encuesta?

Sí No

Gracias por tomar el tiempo para llenar nuestra encuesta. Por favor de entregarla a CUALQUIER empleado del hospital o mandar por fax a 530-934-1872 Atención: Rhonda Anderson, Coordinadora de calidad. Fecha de límite 15 de Julio, 2018. Preguntas: 530-934-1875.