

ID #

OMB # XXXX-XXXX

Número de OMB 0920-xxxx

Fecha de vencimiento: XX/XX/XXXX

Evaluación del programa de subvenciones para la transformación comunitaria

Folleto de encuesta



Transformando Comunidades

Para hacer más fácil una vida saludable

Se estima que el tiempo promedio que le tomará a cada participante a dar esta información será de 30 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

Instrucciones

Esperamos que disfrute completar esta encuesta acerca de salud y bienestar en su comunidad. Muchas gracias por su ayuda.

Este folleto contiene varios tipos de preguntas. Cada pregunta debería responderse sólo acerca de usted mismo, y nadie más en su hogar.

- En algunas preguntas va a responder marcando dentro del círculo, así:

☒ Sí ...o así: ☒ Sí
☐ No ☐ No

- En algunas preguntas, va a responder anotando un número en cada casilla, así:

0	2
---	---

 Número de veces por semana.

- A veces se le pedirá que se saltee una o más preguntas. En este ejemplo, si su elección es 'No', saltará hasta la pregunta 10; de otro modo, continuará hasta la siguiente pregunta.

☐ Sí
☒ No →

Ir a 10

- En algunas preguntas se le pedirá que escriba una respuesta. Tales preguntas tendrán un cuadro de texto como el ejemplo siguiente.

¿Cuál es su color favorito?

(Por favor, especifique en el espacio siguiente)

<i>azul</i>

- Puede serle útil referirse a la guía de preguntas y respuestas para completar esta encuesta.

Preguntas de selección

Necesitamos su ayuda en la selección al azar de una persona para completar la encuesta, por medio de estas preguntas a continuación. Por favor, responda cada una de las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si usted o alguien en el hogar califica para tomar parte en la encuesta.

1 ¿Es la fecha de hoy 1 de febrero de 2014 o antes de esa fecha?

☐ Sí

☐ No → No complete esta encuesta. Debe enviarse antes del 1 de febrero de 2014 para recibir un cheque de \$20 o una tarjeta de regalo de \$20 de la tienda Walmart.

2 ¿Es la dirección impresa en el sobre de esta encuesta su dirección actual o en donde recibe su correo personal?

☐ Sí

☐ No → No complete esta encuesta. Una persona que viva en el hogar en la dirección a donde se envió el sobre debe completar esta encuesta.

3 ¿Es usted una persona adulta, tiene 18 años de edad o más?

☐ Sí → Vaya a la pregunta 4

☐ No → Por favor, pida a una persona adulta en el hogar que continúe respondiendo a esta encuesta de aquí en adelante.

4 Piense acerca de todas las personas adultas que viven en este hogar, ¿quién va a cumplir años próximamente?

(No incluya a nadie que esté fuera en la escuela o en servicio militar, ni a nadie que esté de visita. Solo incluya a los adultos que actualmente viven en su casa.)

☐ El cumpleaños de otra persona adulta es el próximo

☐ Mi cumpleaños es el próximo → Usted califica. Vaya a la siguiente sección:
Consentimiento Informado

5 Gracias por completar estas preguntas de selección.

☐ → Por favor, entregue este folleto de encuesta a la persona adulta en su hogar que cumpla años próximamente y dígame que él o ella debe completar el resto de la encuesta.

Ir a la próxima página

Sobre el estudio

RTI International está trabajando junto a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en un estudio en su zona.

- El estudio le pregunta sobre qué come, sus hábitos de ejercicios, su atención médica y su salud física y mental. La sección 301 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act) permite a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) realizar la recolección de información.
- Usted fue seleccionado(a) al azar entre otras personas de su zona para participar en el estudio. Puede elegir si desea participar en el estudio o no hacerlo. Si decide formar parte del estudio y luego cambia de opinión, no nos vamos a volver a comunicar con usted ni le vamos a pedir más información.
- Alrededor de 23,000 personas participarán en esta encuesta este año.
- No hay beneficios directos para usted por participar. Pero sus respuestas nos ayudarán a averiguar cómo mejorar la salud de su comunidad y de otras personas en el país.
- La encuesta dura aproximadamente 30 minutos. Existe muy poco riesgo. Sólo le pedimos que responda a las preguntas en un folleto. Puede saltar cualquier pregunta y detener la encuesta en cualquier momento. No compartiremos sus respuestas con nadie que no trabaje en el estudio. Nadie podrá identificarlo a usted ni sus respuestas al ver los resultados del estudio.
- Para participar, registre sus respuestas en el folleto con un bolígrafo azul o negro.
- Después de recibir la encuesta completa, le enviaremos lo que haya elegido entre un cheque de \$20 o una tarjeta de regalo de \$20 para la tienda Walmart. Su información de contacto se mantendrá separada de sus respuestas. También vamos a mantener privada su información de contacto. A veces las personas nos llaman pero no tienen el número de identificación del caso. En esos casos los miembros del personal van a ser capacitados para tener cuidado de evitar compartir información de contacto con ninguna persona. Se va borrar en forma permanente la información de contacto después de que usted completa todas las partes del estudio y recibe su cheque o tarjeta de regalo.

Si tiene preguntas acerca de la encuesta, comuníquese con Brenna Muldavin, nuestra gerente de la encuesta. Puede llamarla a la línea gratuita 1-800-844-8959. O envíele un mensaje de correo electrónico a healthyliving@rti.org.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en este estudio, comuníquese con la Oficina de RTI para la Protección de Participantes en Estudios al siguiente número gratuito: 1-866-214-2043.

Si acepta participar en este estudio complete las respuestas en este folleto.

Acerca de usted

Esta sección hace preguntas generales acerca de usted y su hogar.

- 6** ¿Se han completado las “preguntas de selección” (página 3)?

☐ Sí y yo fui seleccionado.

☐ No → Regrese y complete las preguntas de selección, para identificar quién debe completar esta encuesta.

- 7** ¿Qué día es hoy?

Mes

Día

- 8** ¿Cuál es su edad?

Debe ser una persona adulta de 18 años de edad o más
Años

- 9** ¿Es usted hombre o mujer?

☐ Hombre

☐ Mujer

- 10** ¿Cuál es su estado civil actual?
(Por favor, elija sólo una respuesta.)

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

☐ Separado/a

☐ Nunca estuve casado/a

☐ Miembro de una pareja no casada

- 11** ¿Cuántos niños/as menores de 18 años viven en su hogar?

Ingrese el número de niños/as.

- 12** ¿Hay algún niño/a de entre 3 y 17 años viviendo en su hogar?
(Solo incluya a los niños que vivan en su hogar la mitad del tiempo o más)

☐ Sí

☐ No

- 13** ¿Incluyéndose usted mismo/a, cuántos adultos de 18 años de edad o más viven en su hogar?

(No incluya a nadie que esté fuera en la escuela o en servicio militar, ni a nadie que esté de visita. Solo incluya a los adultos que actualmente viven en su casa.)

Ingrese el número de adultos

14

¿Cuál es el grado o año escolar más alto que ha completado?

(Por favor, elija sólo una respuesta.)

- ☐ Nunca asistí a la escuela o sólo asistí al kindergarten
- ☐ Grado 1 a 8
- ☐ Grados 9 a 11
- ☐ Grado 12 o diploma de equivalencia general 'GED'
- ☐ 1 a 3 años de universidad
- ☐ 4 años de universidad o más

15

¿Es usted hispano/a o latino/a?

(Por favor, conteste ambas, la pregunta 15 sobre etnicidad y la pregunta 16 acerca de la raza.)

- ☐ Sí
- ☐ No

16

¿Cuál es su raza? Usted se considera...

(Siéntase libre de seleccionar todo lo que aplique.)

- ☐ Blanco/a
- ☐ Negro/a o africano-americano/a
- ☐ Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico

17

¿Cuál es su situación de trabajo actual?

(Por favor, elija sólo una respuesta, su situación actual.)

- ☐ Empleado con salario
- ☐ Trabaja por su cuenta
- ☐ Desempleado por más de 1 año
- ☐ Desempleado por menos de 1 año
- ☐ Dedicado/a al hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Incapacitado/a para trabajar

Ir a la próxima sección: Actividad Física

Actividad física

Las siguientes preguntas son acerca de sus hábitos de actividad física. Para estas preguntas, por favor, piense en ejercicios, recreación o actividades físicas que usted realice, excepto su trabajo habitual (si corresponde).

- 18** Durante los últimos 30 días, aparte de su trabajo normal (si corresponde), ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, calistenia, jugar al golf, actividades de jardinería o caminar para ejercitarse?

☐ Sí

☐ No → Ir a 24

- 19** ¿A qué tipo de actividad física o ejercicio dedicó más tiempo durante los últimos 30 días?
(Por favor escriba su respuesta en el espacio a continuación). Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 3 para ver los ejemplos.)

- 20** ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante los últimos 30 días?

Veces por semana

— 0 —

Veces por mes

- 21** Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó normalmente?

Minutos

— 0 —

Horas

- 22** En una semana típica, ¿cuántos días camina o anda en bicicleta por lo menos 10 minutos? Incluya caminar o andar en bicicleta por placer, transporte o ejercicio.

☐ Ninguno → Ir a 24

☐ 1 día

☐ 2 días

☐ 3 días

☐ 4 días

☐ 5 días

☐ 6 días

☐ 7 días

- 23** ¿Cuál es la razón principal por la que usted anda en bicicleta o camina?
(Por favor, elija sólo una respuesta.)

☐ Placer

☐ Transporte

☐ Ejercicio

Al pensar en el vecindario en donde usted vive como un lugar para andar en bicicleta o caminar, por favor, indique si está completamente de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo o completamente en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

24 Hay aceras/banquetas en la mayoría las calles de mi vecindario.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo
- ☐ No hay aceras/banquetas en mi vecindario. → Ir a 28

25 La mayoría de las aceras/banquetas en mi vecindario están bien mantenidas (pavimentadas, parejas y sin demasiadas grietas).

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

26 Cuando camino por una acera/banqueta en mi vecindario, hay autos estacionados entre la parte que yo camino y la carretera.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

27 Hay pasto o una franja de tierra que separa las calles de las aceras/banquetas en mi vecindario.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

28 Hay veredas para ciclistas o peatones en mi vecindario o cerca del mismo a las cuales es fácil acceder.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

29 Además de lo que ya indicé acerca de las aceras/banquetas y las veredas en su vecindario, ¿por qué no camina o anda en bicicleta más frecuencia en su vecindario?

(Por favor, siéntase libre de seleccionar seleccione todo lo que aplique.)

- ☐ Clima
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Ningún lugar a donde ir
- ☐ Condiciones médicas
- ☐ Falta de energía o motivación
- ☐ Hago ejercicio en otro lugar
- ☐ Seguridad (crimen)
- ☐ Camino o ando en bicicleta todo lo que quiero
- ☐ Otros

Ir a la próxima sección: Nutrición

Nutrición

Las preguntas de la siguiente sección son acerca de los alimentos que comió y las bebidas que bebió en el hogar y fuera del hogar durante los últimos 30 días.

Puede reportar las cantidades por día, por semana o por mes. Por ejemplo, una vez al día, dos veces por semana o tres veces por semana y así sucesivamente.

- 30** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó bebidas con sabor a fruta con azúcar añadida, tales como Kool-Aid, jugo de arándanos o “cranberry” y limonadas, incluyendo jugos de fruta que preparó en casa agregándoles azúcar?

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 4.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 31** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia bebió jugos 100% puros de frutas que no eran bebidas azucaradas con sabor a fruta ni el jugo de fruta hecho en casa endulzado con azúcar?

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 4.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 32** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió fruta, incluyendo frutas frescas, congeladas, o enlatadas?

(No incluya jugos o bebidas de frutas endulzadas.)

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 4.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 33** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió frijoles cocidos o enlatados, como frijoles refritos, guisados, negros y garbanzos, frijoles en sopa, frijol de soya, edamame, tofu o lentejas?

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 5.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 34** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió verduras verde oscuro, como brócoli o verduras de hoja verde oscura como lechuga romana, acelga,

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 5.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 35** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió verduras de color naranja, como camotes/batatas, calabaza/zapallo, calabaza de invierno o zanahorias?

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 5.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 36** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comió otras verduras, como tomates/jitomates, jugo de tomate o jugo V8, maíz, berenjena, arvejas/chícharos, lechuga, col/repollo y papas blancas, que no estuvieran fritas, como papas/patatas al horno o en puré?

(No incluya verduras de color verde oscuro y las verduras de color naranja que indicó en las preguntas anteriores.)

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 6.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

Ir a la próxima página

Piense ahora en comprar, preparar y comer frutas y verduras. Por favor, indique si está completamente de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo o completamente en desacuerdo con cada afirmación.

37 Hay una gran variedad de frutas y verduras donde hago las compras.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

38 Las frutas y verduras están a buen precio donde hago las compras.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

39 Las frutas y verduras son de buena calidad donde hago las compras.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

40 Lleva mucho tiempo preparar frutas y verduras.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

41 No me gusta el sabor de las frutas.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

42 No me gusta el sabor de las verduras.

- ☐ Completamente de acuerdo
- ☐ Algo de acuerdo
- ☐ Algo en desacuerdo
- ☐ Completamente en desacuerdo

43 Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día, semana o mes tomó leche como una bebida (no con el café ni con cereales)? En su respuesta, por favor, incluya la leche con chocolate y el chocolate caliente.

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca →

- 44** ¿Qué tipo de leche bebió la mayor parte del tiempo?
(Por favor, seleccione una sola respuesta.)
(Marque si la leche tenía saborizante en la pregunta 45.)

- ☐ Leche entera
☐ Leche 2% de grasa
☐ Leche 1% de grasa
☐ Leche descremada o ½% de grasa
☐ Leche de soya
☐ Leche de arroz
☐ Leche cruda sin pasteurizar
☐ Otra

- 45** ¿Tenía la leche que usted bebía usualmente saborizante, tal como chocolate, vainilla, fresa u otro sabor?

- ☐ Sí
☐ No

- 46** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó refresco/soda común o bebidas gasificadas con azúcar, sin incluir los refrescos/sodas de dieta?
(Por favor, incluya la soda común que haya mezclado con alcohol.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 47** Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día, semana o mes bebió agua simple? Incluya agua de la llave, en botella y agua mineral sin saborizante.

(Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 6.)

Veces por día

—○—

Veces por semana

—○—

Veces por mes

—○—

☐ Nunca

- 48** Ahora, considere los alimentos que tiene en su hogar. ¿Con qué frecuencia tiene frutas disponibles en su hogar? Esto incluye frutas frescas, secas, enlatadas, y congeladas.

- ☐ Siempre
☐ La mayor parte del tiempo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

- 49** ¿Con qué frecuencia tiene alguna de estas verduras de color verde oscuro disponibles en su hogar? Brócoli, espinacas y otros vegetales como col verde, brotes de mostaza y hojas de nabo; y verduras con hojas verde oscuro como la lechuga romana.

- ☐ Siempre
☐ La mayor parte del tiempo
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

- 50** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas comidas fueron preparadas fuera de su hogar, en lugares como restaurantes, lugares de comida rápida, puestos de comida, tiendas de comestibles o máquinas expendedoras?

(Por favor, no incluya comidas provistas como parte de programas comunitarios.)

(Por favor, no incluya comidas provistas como parte de programas comunitarios.)

Número de comidas fuera del hogar en los últimos 7 días

- 51** ¿Cuántas de esas comidas fueron de restaurantes de comida rápida o lugares que venden pizza?

Número de comidas fuera del hogar en los últimos 7 días

- 52** Actualmente, ¿sigue algún tipo de dieta, sea para bajar de peso o por alguna otra razón de salud?

☐ Sí

☐ No → Ir a la próxima sección:
Cigarrillos

- 53** ¿Qué tipo de dieta está haciendo?
(Siéntase libre de seleccionar todo lo que aplique.)

- ☐ Pérdida de peso o dieta baja en calorías
- ☐ Dieta para el colesterol o baja en grasas
- ☐ Dieta de sodio o baja en sal
- ☐ Dieta de azúcar o baja en azúcares
- ☐ Dieta baja en fibras
- ☐ Dieta con alto contenido de fibras
- ☐ Dieta para diabéticos
- ☐ Dieta baja en hidratos de carbono
- ☐ Dieta con alto contenido de proteínas
- ☐ Dieta para subir de peso
- ☐ Otra

Ir a la próxima sección: Cigarrillos

Cigarrillos

La siguiente sección hará preguntas acerca del consumo de cigarrillos.

54 ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

(5 paquetes = 100 cigarrillos)

☐ Sí

☐ No → Ir a 57

55 Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada?

☐ Todos los días → Ir a 57

☐ Algunos días

☐ No fumo para nada

56 ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo, aunque fueran sólo una o dos probadas?

☐ Dentro del último mes

☐ Dentro de los últimos 3 meses

☐ Dentro de los últimos 6 meses

☐ Dentro del último año

☐ Dentro de los últimos 5 años

☐ Dentro de los últimos 10 años

☐ Hace 10 años o más

57 Sin contar los garajes, porches o terrazas de su hogar, ¿fumar está...?
(Por favor, elija sólo una respuesta.)

☐ Siempre permitido

☐ Permitido sólo algunas veces o en algunos lugares

☐ Nunca permitido

58 Durante los últimos 7 días, exceptuando las veces que se encontraba en el lugar de trabajo, ¿durante cuántos días respiró el humo de alguien más que estuviera fumando en un espacio público cerrado?

(Ejemplos de espacios públicos cerrados son las áreas internas de almacenes, restaurantes, bares, casinos, clubs y estadios de deportes.)

Número de días

59 En los lugares de trabajo, ¿usted piensa que fumar en lugares cerrados debería ...?

(Por favor, elija sólo una respuesta.)

☐ Siempre permitido

☐ Permitido sólo algunas veces o en algunos lugares

☐ Nunca permitido

60 ¿Estaría a favor de un reglamento que prohibiera fumar en todas las áreas de viviendas de unidades múltiples, incluyendo espacios de vivienda personales como balcones y patios?

☐ Sí

☐ No

Ir a la próxima sección: Salud

Salud

La siguiente sección hará preguntas acerca de su salud y su plan de salud.

61 ¿Hay algún lugar al que va usualmente cuando está enfermo o quiere consultar algo relacionado a su salud?

- ☐ Sí
- ☐ No hay un lugar al que vaya → Ir a 64
- ☐ Hay más de un lugar

62 ¿A qué tipo de lugar va con más frecuencia?

- ☐ Clínica o centro de salud
- ☐ Consultorio de un médico u Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- ☐ Hospital o sala de emergencias
- ☐ Departamento de pacientes externos de un hospital
- ☐ Algún otro lugar
- ☐ No voy a un lugar con mayor frecuencia → Ir a 64

63 ¿Es el mismo lugar al que va usualmente cuando necesita cuidados de rutina o preventivos, como exámenes físicos o chequeos?

- ☐ Sí → Ir a 66
- ☐ No

64 ¿A qué tipo de lugar acude usualmente cuando necesita cuidados de rutina o preventivos, como exámenes físicos o chequeos?

- ☐ No recibo cuidados preventivos en ningún lugar → Ir a 65
 - ☐ Clínica o centro de salud
 - ☐ Consultorio de un médico u Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 - ☐ Sala de emergencias de un hospital de
 - ☐ Departamento de pacientes externos de un hospital
 - ☐ Algún otro lugar
 - ☐ No voy a un lugar con mayor frecuencia → Ir a 65
- Ir a 66

Ir a la próxima página

65 ¿Por qué no tiene una fuente usual de atención médica?
(Siéntase libre de seleccionar todo lo que aplique.)

- ☐ No necesito un médico/no he tenido ningún problema
- ☐ No me gustan/no confío/no creo en los médicos
- ☐ No sé a dónde ir
- ☐ Mi médico anterior no está disponible/cambio por mudanza
- ☐ Demasiado caro/falta de seguro/costos
- ☐ Hablo un idioma diferente
- ☐ No hay atención disponible/la atención está demasiado lejos, es poco conveniente
- ☐ Lo aplazo/no encuentro el tiempo para ir
- ☐ Otros

66 ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que visitó a un médico por última vez para hacerse un chequeo de rutina?
(Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen por una herida, enfermedad o problema médico.)

- ☐ Dentro del último año
- ☐ Dentro de los últimos 2 años
- ☐ Dentro de los últimos 5 años
- ☐ Hace más de 5 años
- ☐ Nunca

67 ¿Alguna vez recibió consejo de un médico u otro profesional de la salud indicándole que redujera su consumo de sal o de sodio?

- ☐ Sí
- ☐ No

68 ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tenía presión arterial alta (o hipertensión)?

(Por "otro profesional de la salud" nos referimos a un practicante de enfermería, asistente de médico u otro profesional de la salud con licencia.)

- ☐ Sí → Ir a 69
- ☐ No → Ir a 73
- ☐ Sólo me indicaron estar en el límite de hipertensión o pre-hipertensión → Ir a 73

69 ¿Esto sucedió sólo durante su embarazo?

- ☐ Sí → Ir a 73
- ☐ No
- ☐ No corresponde (Hombre)

70 ¿Está haciendo ejercicio para ayudar a bajar o controlar su presión arterial alta?

- ☐ Sí
- ☐ No

71 Actualmente, ¿está tomando algún medicamento para la presión arterial alta?

- ☐ Sí
- ☐ No

72 ¿Está reduciendo el consumo de sal para ayudar a disminuir o controlar su presión arterial alta?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No utilizo sal

73 El colesterol en sangre es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Se hizo alguna vez un chequeo de colesterol en sangre?

☐ Sí

☐ No → Ir a 78

74 ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último chequeo de colesterol en la sangre?

☐ Dentro del último año

☐ Dentro de los últimos 2 años

☐ Dentro de los últimos 5 años

☐ Hace más de 5 años

75 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre?

☐ Sí

☐ No → Ir a 78

76 ¿Está haciendo ejercicio para ayudar a bajar su colesterol?

☐ Sí

☐ No

77 Actualmente, ¿está tomando algún medicamento para bajar su colesterol?

☐ Sí

☐ No

78 Con respecto a su salud física general, lo que incluye heridas y enfermedades físicas, ¿por cuántos días, durante los últimos 30 días, su salud física no fue buena?

Número de días

Si su respuesta es 0 (cero días) → Ir a 80

79 Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días no pudo cumplir sus actividades usuales como cuidar de sí mismo, trabajar o recrearse, a causa de mala salud física?

Número de días

80 Ahora, con respecto a su salud mental, ¿alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía depresión?

☐ Sí

☐ No

81 Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía ansiedad?

☐ Sí

☐ No

82 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que se sintió preocupado o estresado por tener suficiente dinero para pagar su renta o hipoteca?

☐ Siempre

☐ Usualmente

☐ A veces

☐ Rara vez

☐ Nunca

☐ No corresponde

83 Y en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que se sintió preocupado o estresado por tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos?

- ☐ Siempre
- ☐ Usualmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca
- ☐ No corresponde

84 Actualmente, ¿está tomando medicina o recibiendo tratamiento de un médico o de otro profesional de la salud por algún tipo de problema mental o emocional?

- ☐ Sí
- ☐ No

85 Ahora, considerando su salud mental general, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿por cuántos días, durante los últimos 30 días, su salud mental no fue buena?

Número de días

Si su respuesta es 0 (cero días) → [Ir a 87](#)

86 Durante los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud mental no pudo realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

Número de días

87 ¿Con qué frecuencia recibe el apoyo emocional y social que necesita?
(Por favor, incluya apoyo de cualquier origen.)

- ☐ Siempre
- ☐ Usualmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

[Ir a la próxima sección: Datos demográficos](#)

Datos demográficos

La siguiente sección hace preguntas demográficas básicas respecto a usted.

- 88** En una parte anterior de la encuesta, se le pidió que identificara su propia raza. Ahora nos gustaría saber, cómo lo/la clasifican usualmente las demás personas en este país.

¿Cómo lo/la clasifican usualmente las demás personas en este país?

(Por favor, elija sólo una respuesta. Si lo necesita, refiérase a la guía de preguntas frecuentes, página 6.)

- ☐ Blanco/a
- ☐ Negro/a o africano-americano/a
- ☐ Hispano/a o latino/a
- ☐ Asiático/a
- ☐ Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ☐ Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska
- ☐ Algún otro grupo

- 89** ¿Con qué frecuencia piensa en su raza?

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez al año
- ☐ Una vez por mes
- ☐ Una vez por semana
- ☐ Una vez por día
- ☐ Una vez por hora
- ☐ Constantemente

- 90** Según su conocimiento, ¿está actualmente embarazada?

- ☐ Sí
- ☐ No

- 91** Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(Puede registrar su peso en libras o kilos.)

Libras
—0—

Kilos

- 92** Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

(Puede registrar su altura en pies y pulgadas o en metros y centímetros.)

/ Pies / Pulgadas
—0—

/ Metros / Centímetros

- 93** ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar teniendo en cuenta todas sus fuentes de ingreso?

(Por favor, elija sólo una respuesta.)

- ☐ Menos de \$10,000
- ☐ De \$10,000 a \$14,999
- ☐ De \$15,000 a \$19,999
- ☐ De \$20,000 a \$24,999
- ☐ De \$25,000 a \$34,999
- ☐ De \$35,000 a \$49,999
- ☐ De \$50,000 a \$74,999
- ☐ \$75,000 o más

94 ¿Cuál de las siguientes mejor representa su manera de pensar en sí mismo/a?

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual, o sea, no gay o lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Otra cosa → Ir a 95
- ☐ No sé la respuesta → Ir a 96

95 ¿Qué quiere decir con “otra cosa”?

- ☐ Usted es gay, pero se identifica más con otras clasificaciones como queer, multisexual, o trisexual
- ☐ Usted es transgénero o transexual
- ☐ Usted no sabe o está en el proceso de descubrir su sexualidad
- ☐ Usted no piensa en sí mismo como teniendo una sexualidad
- ☐ Rechaza personalmente todas las etiquetas para describirse
- ☐ Usted quiere decir otra cosa → Ir a 97

Ha completado la encuesta. La información sobre los \$20 dólares como muestra de agradecimiento se encuentra en la siguiente página.

96 ¿Qué quiere decir con “No sé la respuesta”?

- ☐ Usted no entiende las palabras
- ☐ Usted entiende las palabras, pero no sabe o está en el proceso de descubrir su sexualidad
- ☐ Quiere decir otra cosa → Ir a 97

Ha completado la encuesta. La información sobre los \$20 dólares como muestra de agradecimiento se encuentra en la siguiente página.

97 ¿Que quiere decir por otra cosa?
(Por favor escriba su respuesta en el espacio a continuación).

¡Gracias por completar la encuesta!

Gracias por completar la encuesta. Para recibir un cheque por \$20 o una tarjeta de regalo de Walmart como muestra de nuestro agradecimiento, por favor, lea y complete el documento adjunto a esta encuesta titulado "Información sobre incentivo."

Por favor, coloque el cuestionario en el sobre provisto con la dirección y envíelo por correo a RTI International.

Si no encuentra el sobre, por favor envíe el cuestionario a:

Community Transformation Grants Program Evaluation
5265 Capital Boulevard
Raleigh, NC 27616-2925