



Cuestionario de Evaluación

¡Gracias por participar en la Semana Binacional de Salud!
Al responder las siguientes preguntas nos ayuda a conocer mejor sus necesidades de salud.
Agradecemos de antemano sus respuestas.

Este cuestionario es sólo para personas mayores de 18 años

No llene esta sección.
Los coordinadores del evento lo harán.

Tipo de evento: _____
Fecha: _____ Lugar: _____
Ciudad: _____ País: _____
Estado: _____

A. Datos generales

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

4. ¿Dónde nació?
a. País: _____
b. Estado: _____
c. Pueblo/Ciudad: _____
5. Si nació fuera de Estados Unidos,
a. ¿En qué año ingresó a EE.UU. por primera vez? _____
b. ¿En que año ingresó a EE.UU. después de su viaje más reciente? _____
6. ¿Dónde es su principal lugar de residencia?
a. País: _____
b. Estado: _____
c. Pueblo/Ciudad: _____

B. Evento de hoy

1. ¿Cómo se enteró de este evento? *Circule todas las opciones que se apliquen*
a. Amigos o familiares f. Diario o revista
b. Clínica de salud g. Radio
c. Consulado local h. Televisión
d. Iglesia i. Pasaba por aquí
e. Escuela j. Otros (explique) _____
2. Por favor elija los tres principales motivos por los cuales llegó a este evento, *siendo el número 1 el principal motivo.*
a. ___ Recibir información sobre salud
b. ___ Recibir servicios de atención médica
c. ___ Enterarme de los programas de seguros médicos
d. ___ Inscribirme en un programa de seguro médico
e. ___ Otros (por favor explique): _____
3. ¿Los servicios y/o información que recibió durante este evento fueron?
 De mucha ayuda Algo de ayuda No me ayudaron
4. Como resultado del evento de hoy, *Circule todas las opciones que se apliquen*
a. Me enteré que tengo un problema de salud del que no sabía.
b. Me enteré que alguien en mi familia tiene un problema de salud del que no sabíamos.
c. Tengo más conciencia de en qué momento mi familia o yo necesitamos atención médica
d. Me enteré de que hay una o más agencias de salud y de sus servicios, cosa que antes desconocía.
e. Me siento más cómodo buscando servicios médicos en EE.UU.
f. Planeo compartir información con la familia, amigos, parientes o vecinos.
g. Otros (por favor describa): _____

B. Evento de hoy – continuación

5. ¿Hoy es la **primera** ocasión que ve a un médico, enfermera o trabajador de la salud en EE.UU.? Sí No No sé
6. ¿Hoy es la **primera** vez que recibió información médica en EE.UU.? Sí No No sé
7. ¿Regresaría a este evento en el futuro? Sí No No sé

C. En busca de atención médica

1. En los últimos 12 meses usted o algún familiar fue a México u otro país de América Latina para recibir atención médica, dental o comprar medicamentos o algún tratamiento para una enfermedad o lesión?
 Sí No No sé
2. ¿Hace cuanto que no ve un médico, enfermera o trabajador de la salud en EE.UU.? *Circule sólo una opción*
 - a. Menos de 1 año
 - b. 1-2 años
 - c. 2-3 años
 - d. Más de 3 años
 - e. Nunca
 - f. No sé
3. ¿Sabe dónde acudir para recibir atención médica en EE.UU.?
 Sí No
4. ¿Se siente seguro buscándola en EE.UU.?
 Sí No No sé
5. ¿En que momento la busca en EE.UU.? *Circule todas las que se apliquen*
 - a. Para una revisión general
 - b. Para conseguir información sobre salud
 - c. Cuando estoy enfermo
 - d. Cuando tengo una lesión
 - e. Para que me den medicamento
 - f. Otro: _____
6. ¿A dónde acude en EE.UU. cuando necesita servicios médicos? *Circule una opción*
 - a. Clínica de salud comunitaria
 - b. Médico privado
 - c. Sala de urgencias o servicio de urgencias
 - d. Ningún lugar/no tengo dónde ir
 - e. No sé
 - f. Otro: _____
7. ¿Qué le facilitaría conseguir atención médica en EE.UU.? *Circule todas las que se apliquen*
 - a. Que el/la proveedor de servicios médicos hable español/mi idioma
 - b. Que el/la proveedor de servicios médicos entienda mi cultura
 - c. Horarios de funcionamiento de clínica u hospital
 - d. Ubicación de la clínica u hospital
 - e. Capacidad de pago
 - f. Que no pidan papeles de inmigración
 - g. Otra: _____

D. Seguro médico

1. ¿En qué país o países tiene usted seguro médico? *Circule todas las opciones que se apliquen*
 - a. Estados Unidos
 - b. País de origen
 - c. Otro: _____
 - d. No tengo seguro médico
 - e. No sé
2. ¿Quién paga su seguro médico? *Circule todas las opciones que se apliquen*
 - a. Yo
 - b. Empleador
 - c. Gobierno
 - d. Otro: _____
 - e. No tengo seguro médico.
 - f. No sé
3. ¿Tiene hijos/hijas entre 0-17 años de edad?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos? _____
4. ¿En este momento alguno de ellos/ellas no tiene seguro?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos carecen de seguro? _____

D. Su salud

1. ¿Qué problemas de salud le preocupan más? *Circule todas las opciones que se apliquen*
 - a. Alergias
 - b. Asma o problemas respiratorios
 - c. Cáncer
 - d. Problemas dentales
 - e. Problemas de la piel
 - f. Diabetes
 - g. Problemas gastrointestinales o digestivos
 - h. Problemas cardiacos o cardiovasculares
 - i. Salud mental
 - j. Nutrición
 - k. Obstétricos, ginecológicos o de salud reproductiva
 - l. Enfermedades de transmisión sexual incluido VIH/SIDA
 - m. Consumo de alcohol, estupefacientes o tabaco
 - n. Visión
 - o. Lesiones laborales
 - p. Otros: _____
2. ¿Cómo calificaría su estado de salud? *Circule una*
 - a. Excelente
 - b. Muy bueno
 - c. Bueno
 - d. Malo
 - e. Muy malo

¡MUCHAS GRACIAS POR EL TIEMPO QUE SE TOMÓ PARA RESPONDER!

Anexo para Alianzas

Semana Binacional de Salud 2008 – Encuesta para Participantes

Por favor agradezca al participante por su tiempo. La información proporcionada será estrictamente confidencial y se usará para mejorar los servicios de salud en el Missouri.

Evento: Oct. 4 Troy, MO Oct. 6 Consulado Mexicano Oct. 7 Consulado Mexicano Oct. 7 St Joseph, MO
 Oct. 8 Consulado Mexicano Oct. 9 Consulado Mexicano Oct. 10 Consulado Mexicano Oct. 11 KC Med & Bio Univ KC, MO.
Después: Oct. 15 Posada Del Sol Oct. 23 Tony Aguirre Nov. 13 Tony Aguirre Nov. 20 Tony Aguirre

1. Idioma de preferencia:

- Inglés
 Español
 Inglés o español (soy bilingüe)
 Otro:

2. ¿Es usted Hispano/Latino?

- No, yo no soy Hispano/Latino.
 Sí, soy mexicano, mexicano americano, chicano.
 Sí, yo soy: _____
(Por ejemplo: Guatemalteco, Cubano, etc.)

3. Raza: Blanco Negro, Afro americano Asiático Nativo americano Otro: _____

4. Nivel máximo de estudios que completó :

1. Primaria 3. Preparatoria 5. Maestría 7. Otro: _____
 2. Secundaria 4. Universidad 6. Doctorado

5. a. ¿En qué país usted acude principalmente a los servicios de salud? EE.UU. México Otro: _____

b. ¿Sólo si su respuesta fue “EE.UU.,” cual de lo siguiente servicios usa con mayor frecuencia? (Marque uno)

- Clínica de salud comunitaria Consultorio medico (con seguro) Sala de Emergencia
 Departamento de salud Consultorio medico (sin seguro) Otro:

6. a. ¿Tiene usted seguro de salud? (Marque los que aplican) No Sí, en EUA Sí, en México Sí, en otro país

b. Sólo si su respuesta fue “No,” ¿por qué no tiene seguro de salud? (Marque todos que aplican)

- No creo poder pagarlo. No creo que califique para tal. No sé solicitarlo.
 No sé que tipos de seguros de salud están disponibles. Otro (por favor indique): _____

7. a. ¿Hay alguien en su casa que tenga seguro de salud? Sí No No se

b. Sólo si su respuesta fue “Sí”: i. ¿Quién en su casa tiene seguro de salud? _____

ii. ¿Sabe qué tipo de seguro de salud tienen los otros miembros de su casa?

- No Sí (por favor enliste): _____

8. Cuándo necesita de atención médica en EE.UU., ¿usted la recibe? Sí, siempre. Sí, a veces. No.

b. Sólo si su respuesta fue “No,” ¿por qué no? (Marque todos los que aplican)

- Me es imposible conseguir cuidado médico (por ejemplo, problemas de transportación). Tengo dificultad con el idioma.
 No sé a dónde ir por cuidado médico. Me es imposible pagar los costos (por ejemplo, co-pays y recetas medicas)

9. ¿Es usted mexicano? Si su respuesta es “sí”: ¿cuáles son para usted las 3 cuestiones más preocupantes acerca de vivir en los Estados Unidos?

a. _____

b. _____

c. _____

Por favor, dar las gracias a la persona por el tiempo que se tomó en responder a estas preguntas.