



Semana Binacional de Salud 2009 Cuestionario de Evaluación

Al responder las siguientes preguntas nos ayuda a conocer mejor sus necesidades de salud.
Este cuestionario es para mayores de 18 años, es voluntario y CONFIDENCIAL

Esta sección debe ser llenada por el coordinador del evento:

Fecha _____ Estado _____

Ciudad _____

Tipo de Evento Feria de Salud

Conferencia/plática Otro _____

Favor de responder las siguientes preguntas:

1. Edad: _____ 2. Sexo Masc. Fem.

2. ¿Dónde nació?

País _____

Estado _____

Si nació fuera de Estados Unidos,

a. Año de primer ingreso a EE.UU. _____

b. Año de último ingreso a EE.UU. _____

3. Lugar de Residencia:

País _____

Estado _____

4. Nivel Máximo de Educación:

Primaria Secundaria

Preparatoria Universidad Maestría

Otro: _____

5. ¿Por qué vino a este evento?

Para recibir información de salud

Para recibir atención médica

Para enterarme de los seguros médicos

Otro: _____

6. ¿Los servicios o información que recibió durante este evento fueron?

De mucha ayuda Algo de ayuda

No me ayudaron

7. ¿Es hoy la *primera* vez que ve a un profesional de la salud en EE.UU.?

Sí No No sé

8. ¿Es hoy la *primera* vez que recibe información de salud en EE.UU.?

Sí No No sé

9. En los últimos 12 meses, ¿usted viajó fuera de EE.UU. para recibir atención médica, dental, o para comprar medicinas?

Sí No

10. ¿Tiene usted acceso a servicios de salud en los EE.UU.?

Sí No No sé

11. ¿Cuándo fue su última visita al médico en EE.UU. (fuera de hoy)?

Menos de 1 año 1-2 años 2-3 años

Más de 3 años Nunca No sé

12. ¿A dónde acude en EE.UU. principalmente cuando necesita atención médica?

Señale una opción

Clínica de salud comunitaria

Médico privado

Sala de urgencias o servicios de urgencia

Ningún lugar

Otro: _____

13. ¿Tiene seguro médico?

Sí No

14. ¿En dónde tiene seguro médico?

EE.UU. País de origen

Los dos No tengo seguro médico

15. ¿Quién paga su seguro médico?

Señale todas las respuestas que apliquen

Yo Mi empleador El Gobierno

Otro: _____ No tengo seguro

16. ¿Tiene hijos menores de 18 años viviendo en EE.UU.?

Sí No Si tiene ¿cuántos? _____

¿Cuántos de estos hijos tienen seguro? _____

17. ¿Cómo calificaría su estado de salud?

Señale una respuesta

Excelente Bueno Regular

Malo Muy malo

¡Muchas gracias por su participación!

18. Como resultado del evento de hoy:

Señale todas las opciones que se apliquen

- Me enteré que yo (o un familiar) tengo (o tiene) un problema de salud
- Tengo (o un miembro de mi familia tiene) una cita con un profesional de la salud.
- Me enteré de las agencias de salud.
- Planeo compartir la información
- Otros _____

19. ¿Cuándo busca atención médica en EE.UU.? Señale todas las que se apliquen

- Para una revisión general
- Cuando estoy enfermo
- Cuando tengo una lesión
- Otro: _____

20. Cuándo necesita atención médica en EE.UU., ¿usted la recibe?

- Sí, siempre. Sí, a veces. No.
- Sólo si su respuesta fue "No," ¿por qué no?
-

21 ¿Qué problemas de salud le preocupan más? Señale todas las opciones que se apliquen

- Alergias
- Asma o problemas respiratorios
- Cáncer
- Salud dental
- Diabetes
- Problemas digestivos
- Salud del corazón
- Salud mental
- Nutrición
- Obstétricos o de salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual y Sida
- Consumo de alcohol, drogas o tabaco
- Visión
- Lesiones laborales
- Otros _____

22. ¿Cuál es el remedio casero que más usas?

- Algo para toma : _____
- Algo para untar : _____
- Algo que inhalas : _____
- Otro : _____

23. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

- Reparación y mano de obra
- Trabajadores de campo, construcción, fábricas.
- Ayudantes: limpieza u otros servicios pero NO en casas particulares.
- Limpieza y/o cuidado de niños en casas particulares.
- Otros _____

24. ¿Es usted Hispano/Latino? Sí No

25. Raza Blanco Afro americano Asiático Nativo americano Otro _____

26. Su Idioma Inglés Español Inglés & Español Otro: _____