



Encuesta de Evaluación de Salud Comunitaria del Condado de Erie (2024-2025)

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York solicita a todos los condados que realicen una Evaluación de Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés) y que diseñen un Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP, por sus siglas en inglés). La CHA y el CHIP se utilizan para mejorar la salud de todos los residentes del Condado de Erie. Responda la siguiente encuesta para que brinde su valiosa opinión y nos ayude a mejorar la salud del condado de Erie.

Responder la encuesta le tomará entre 10 y 20 minutos. Al final, tendrá la opción de participar en un sorteo para recibir una tarjeta de regalo de \$100 del supermercado Tops. Debe responder la encuesta para poder ganar.

Para obtener más información sobre la CHA y el CHIP, escanee este código QR y acceda al sitio web de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).



Criterio de elegibilidad para responder la encuesta

1. ¿Vive, trabaja o estudia en el condado de Erie? Seleccione solo una opción.

- Sí
- No

Si no vive, trabaja o estudia en el Condado de Erie, no cumple con el criterio de elegibilidad para responder esta encuesta.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a su caso? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Vivo en el Condado de Erie
- Trabajo en el Condado de Erie
- Estudio en el Condado de Erie

3. Si vive en el Condado de Erie, ¿cuál es el código postal de su domicilio? **Seleccione solo una opción.**

- Mi código postal del Condado de Erie es _____
- No vivo en el Condado de Erie (solo trabajo o estudio aquí)
- No tengo dirección de domicilio

CONTINUED ON NEXT PAGE

Problemas y preocupaciones de la comunidad

4. En qué factores comunitarios cree que debe enfocarse el Plan de Mejora de la Salud Comunitaria de 2025-2030?

El Plan de Mejora de la Salud Comunitaria (CHIP) es un esfuerzo comunitario conjunto que tiene como meta abordar los problemas de salud pública. El CHIP crea un marco de referencia para medir el impacto en la salud de la comunidad y permite al gobierno y a los socios comunitarios abordar los principales problemas de salud.

Seleccione hasta un máximo de 5 opciones.

- Acceso a alimentos asequibles y saludables
- Acceso a servicios y recursos comunitarios
- Acceso a programas de educación continua (como programas del GED y formación profesional o escuelas técnicas)
- Acceso a programas de salud y bienestar de calidad en la escuela
- Acceso a transporte confiable (uso de un vehículo personal o transporte público fiable)
- Acceso a servicios de traducción e interpretación
- Disponibilidad y acceso a servicios de apoyo a la salud de los niños (como guarderías, intervención temprana o pruebas de detección de plomo)
- Espacios comunitarios como parques, senderos, ciclovías y centros comunitarios
- Precio de los servicios de salud o acceso a un seguro médico
- Oportunidades de empleo con un salario digno
- Condiciones ambientales, tales como el aire, el agua y el suelo
- Opciones de viviendas asequibles y seguras
- Servicios de apoyo a los padres y madres (como lugares para amamantar y dar pecho, y disponibilidad de licencias por maternidad/paternidad)
- Racismo y discriminación
- Seguridad de su vecindario
- Otros _____
- Prefiero no responder

CONTINUED ON NEXT PAGE

5. ¿En qué condiciones de salud cree que debe enfocarse el Plan de Mejora de la Salud Comunitaria de 2025-2030?

Seleccione hasta un máximo de 5 opciones.

- Asma, EPOC, u otras enfermedades respiratorias crónicas
- Cáncer
- Cigarrillos, productos del tabaco, cigarrillos electrónicos, o consumo de nicotina
- COVID-19 o COVID persistente
- Problemas de salud dental (como caries o extracciones dentales)
- Diabetes
- Problemas cardíacos (como hipertensión, colesterol, cardiopatías, o accidentes cerebrovasculares)
- Enfermedades infecciosas (como VIH o SIDA, hepatitis, o enfermedades de transmisión sexual)
- Lesiones (como caídas o accidentes de tráfico)
- Intoxicación por plomo y problemas relacionados con el plomo
- Salud mental, depresión, ansiedad, y gestión del estrés
- Obesidad, control del peso, o nutrición
- Problemas reproductivos y durante el nacimiento (como complicaciones en el embarazo, embarazo en la adolescencia, o lesiones y muerte de bebés)
- Trastornos por consumo de sustancias (como alcohol, cannabis, u opiáceos)
- Lesiones relacionadas con la violencia (como maltrato infantil, maltrato de ancianos,4 o violencia doméstica) y lesiones y muertes por arma de fuego (pistolas)
- Otras _____
- Prefiero no responder

6. También nos gustaría saber qué cree que hace falta en su comunidad. ¿Cuáles son algunos servicios que ayudarían a mejorar la salud y el bienestar en su comunidad?

CONTINUED ON NEXT PAGE

Datos demográficos

7. ¿Cuál es su edad? _____

8. ¿Cuál es su raza y etnia? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Native Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Del Oriente Medio o Norte de África
- Nativo de las islas del Pacífico o de Hawái
- Blanco
- Otro _____
- Prefiero no responder

9. ¿Cuál es su género? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Género no conforme o género expansivo
- Hombre
- No binario
- No estoy seguro o tengo dudas
- Mujer
- Otro _____
- Prefiero no responder

10. ¿Es transgénero? **Seleccione solo una opción.**

Transgender describes a person whose gender identity is different from the sex that they were assigned at birth.

- Sí
- No
- No estoy seguro o tengo dudas
- Prefiero no responder

11. ¿Cuál es su orientación sexual? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Asexual (persona que no se siente atracción sexual)
- Bisexual (persona que se siente atraída por personas de dos o más géneros)
- Homosexual (persona que se siente atraída por personas de su mismo sexo)
- Lesbiana (mujer que se siente atraída por otras mujeres)
- No estoy seguro o tengo dudas
- Pansexual (persona que se siente atraída por personas de todos los géneros)
- Queer (persona cuya orientación sexual es distinta a la de un heterosexual)
- Heterosexual (persona se siente atraída sexualmente por personas de otro género)
- Otra _____
- Prefiero no responder

CONTINUED ON NEXT PAGE

12. ¿Tiene alguna discapacidad? **Seleccione solo una opción.**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) define a una persona con discapacidad como aquella que tiene un impedimento físico o mental que limita de forma significativa una o más actividades importantes de la vida.

- Sí (pase a la pregunta 13)
- No (pase a la pregunta 14)
- Prefiero no responder (pase a la pregunta 14)

13. ¿Qué tipo de discapacidad tiene? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- De desarrollo o intelectual
- Mental o emocional
- Física o de movilidad
- Sensorial (como ceguera o sordera)
- Otra _____
- Prefiero no responder

14. ¿Con quién vive? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Con nadie (vive solo)
- Con su cónyuge o pareja
- Con hijo(s) de 18 años o menos
- Con hijo(s) mayor(es) de 18 años
- Con sus padres o los padres de su pareja
- Con amigo(s) o compañero(s) de habitación con los que no tiene parentesco
- En una vivienda compartida (hogar colectivo, residencia, vivienda asistida, vivienda de transición, refugio)
- Otra _____
- Prefiero no responder

15. ¿Nació fuera de Estados Unidos? **Seleccione solo una opción.**

- Sí
- No
- Prefiero no responder

16. **¿Qué idioma se habla principalmente en su hogar? Seleccione solo una opción.**

- Inglés
- Árabe
- Bengalí
- Birmano
- Español
- Suajili
- Otro _____

CONTINUED ON NEXT PAGE

Prefiero no responder

Salud personal y familiar

17. Reflexione sobre su salud en el último año, ¿cómo calificaría su salud de acuerdo a las siguientes categorías? **Seleccione una casilla en cada fila.**

	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	Prefiero no responder
Salud física	<input type="checkbox"/>					
Salud dental	<input type="checkbox"/>					
Salud mental	<input type="checkbox"/>					

18. Durante el último año, ¿ha tenido usted o algún miembro de su hogar dificultades para acceder a alguno de los siguientes tipos de atención médica? **Seleccione una casilla en cada fila.**

	Sí	No	No lo sé	No aplica para mi hogar
ATENCIÓN PRIMARIA (chequeos de rutina o consultas médicas menores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD DENTAL (chequeos de rutina y emergencias dentales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REDUCCIÓN DE DAÑOS O TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD MENTAL (psiquiatras, terapeutas, consejería de salud mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENCIÓN REPRODUCTIVA (prevención del embarazo, aborto, atención prenatal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENCIÓN REPRODUCTIVA (prevención del embarazo, aborto, atención prenatal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Ha padecido alguna enfermedad física crónica o de larga duración? **Seleccione solo una opción.**

Por ejemplo: asma, cáncer, cardiopatía, hipertensión, diabetes, u obesidad.

- Sí (pase a la pregunta 20)
- No (pase a la pregunta 21)
- Prefiero no responder (pase a la pregunta 21)

CONTINUED ON NEXT PAGE

20. En caso de ser afirmativa su respuesta, ¿cuáles de las siguientes enfermedades físicas ha padecido? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Asma
- Cáncer
- EPOC u otras enfermedades de las vías respiratorias bajas
- Diabetes
- Cardiopatía
- Hipertensión arterial
- Colesterol alto
- Enfermedad renal
- Enfermedad hepática
- Síntomas de COVID persistente
- Obesidad
- Otras _____
- Prefiero no responder

21. ¿Ha padecido alguna enfermedad mental? **Seleccione solo una opción.**

Por ejemplo: ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, o trastorno por uso de sustancias (TUS).

- Sí (pase a la pregunta 22)
- No (pase a la pregunta 23)
- Prefiero no responder (pase a la pregunta 23)

22. En caso de ser afirmativa su respuesta, ¿cuáles de las siguientes enfermedades mentales ha padecido? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad (TLP)
- Depresión
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno por uso de sustancias (TUS)
- Otra _____
- Prefiero no responder

23. ¿Tiene hijos (de 18 años o menos) que padezcan alguna enfermedad física o mental o que tengan necesidades especiales? **Seleccione solo una opción.**

- Sí (pase a la pregunta 24)
- No (pase a la pregunta 25)
- Prefiero no responder (pase a la pregunta 25)

CONTINUED ON NEXT PAGE

24. ¿Qué problemas de salud mental o física o qué necesidades especiales tienen los menores de su hogar? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Asma
- Problemas de desarrollo o aprendizaje (como trastorno del espectro autista o trastorno del procesamiento auditivo)
- Diabetes
- Problemas de motricidad fina (como dificultad para sostener un lápiz)
- Problemas de motricidad gruesa (como dificultades para caminar, mantener el equilibrio o realizar movimientos complejos)
- Problemas mentales, emocionales o de comportamiento (como ansiedad, depresión, o trastorno negativista desafiante)
- Obesidad
- Alergias graves (cualquier alergia que pueda provocar una reacción potencialmente mortal)
- Retraso o impedimento del habla o no habla
- Deficiencia visual o auditiva
- Otra _____
- Prefiero no responder

Educación y empleo

25. ¿Cuál es su nivel educativo más alto? **Seleccione solo una opción.**

- Inferior a educación secundaria o no terminó la secundaria
- Graduado de secundaria o con título equivalente al GED
- Sin título universitario, pero con título técnico, especialista en oficios u otro programa de certificación
- Algunos estudios universitarios, pero ningún título
- Título de asociado (como AA, AS)
- Licenciatura (como BA, BBA, BS, BSN)
- Máster (como MA, MS, MBA, MSN)
- Doctorado (como MD, DDS, JD, PhD, EdD)
- Otro _____
- Prefiero no responder

CONTINUED ON NEXT PAGE

26. ¿Qué opción describe mejor su situación laboral actual? **Seleccione solo una opción.**

- Desempleado, no trabaja actualmente, jubilado, o estudiante (pase a la pregunta 27)
- Trabajo temporal o estacional únicamente (su trabajo actual durará poco tiempo) (pase a la pregunta 28)
- Trabajo a medio tiempo, en un solo empleo (el total de horas en este empleo es inferior a 40 por semana) (pase a la pregunta 28)
- Trabajo a medio tiempo, en varios empleos (el total de horas de todos los empleos es inferior a 40 horas por semana) (pase a la pregunta 28)
- Trabajo a tiempo completo, en un solo empleo (el total de horas en este empleo es igual o superior a 40 horas por semana) (pase a la pregunta 28)
- Trabajo a tiempo completo, en varios empleos (el total de horas de todos los empleos es igual o superior a 40 horas por semana) (pase a la pregunta 28)
- Otra _____
- Prefiero no responder (pase a la pregunta 25)

27. ¿Cuál es la causa principal de su desempleo? **Seleccione solo una opción.**

- Estoy estudiando
- Soy ama de casa o me quedo en casa
- Estoy jubilado
- Estoy buscando trabajo
- No puedo trabajar debido a una discapacidad
- Otra _____
- Prefiero no responder

28. ¿Cuál es el ingreso total aproximado de su hogar? **Seleccione solo una opción.**

Esta es la cantidad total de dinero que ganan todas las personas en su hogar. Cada opción se muestra por año, mes, y semana.

- Menos de \$25.000 al año, o menos de \$2.083 al mes, o menos de \$480 a la semana
- De \$25.000 a \$34.999 al año, o de \$2.083 a \$2.917 al mes, o de \$480 a \$643 a la semana
- De \$35.000 a \$44.999 al año, o de \$2.917 a \$3.750 al mes, o de \$643 a \$865 a la semana
- De \$45.000 a \$54.999 al año, o de \$3.750 a \$4.583 al mes, o de \$865 a \$1.058 a la semana
- De \$55.000 a \$74.999 al año, o de \$4.583 a \$6.250 al mes, o de \$1.058 a \$1.442 a la semana
- De \$75.000 a \$94.999 al año, o de \$6.250 a \$7.917 al mes, o de \$1.442 a \$1.827 a la semana
- De \$95.000 a \$124.999 al año, o de \$7.917 a \$10.417 al mes, o de \$1.827 a \$2.404 a la semana
- De \$125.000 a \$174.999 al año, o de \$10.417 a \$14.583 al mes, o de \$2.404 a \$3.365 a la semana
- Más de \$175.000 al año, o más de \$14.583 al mes, o \$3.365 a la semana
- Prefiero no responder

CONTINUED ON NEXT PAGE

Seguro médico

29. ¿Tiene algún tipo de cobertura médica o seguro médico en estos momentos? **Seleccione solo una opción.**

- Sí – Pase a la pregunta 29
- Pase a la pregunta 30
- Prefiero no responder – Pase a la pregunta 30

30. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Cobertura por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Seguro privado pagado por el empleador (ya sea a través de su trabajo o el trabajo de su pareja)
- Inscrito a través del mercado de seguros (Obamacare) o de NYS of Health
- Medicaid
- Medicare
- Servicios de salud o seguro médico para miembros de tribus
- Otro _____
- Prefiero no responder

CONTINUED ON NEXT PAGE

Participación en el sorteo

¿Le gustaría participar en un sorteo para ganar una tarjeta de regalo de \$100 del supermercado Tops?

Seleccione solo una opción.

Para participar en este sorteo, debe facilitar su nombre, dirección de correo electrónico, y número de teléfono.

- Sí (añada su información de contacto al final de la página)
- No

Participación en grupos de discusión

¿Le gustaría participar en un grupo de discusión comunitario para analizar más a fondo los problemas de salud en el condado de Erie? Si participa en un grupo de discusión, podrá recibir una tarjeta de regalo de \$100 del supermercado Tops. **Seleccione solo una opción.**

- Sí (añada su información de contacto al final de la página)
- No

Suscríbase y reciba las últimas noticias de la Oficina de Equidad en Salud

¿Le gustaría que le agreguemos a la lista de suscripción de correo electrónico de la Oficina de Equidad en Salud? **Seleccione solo una opción.**

- Sí (añada su información de contacto al final de la página)
- No

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de domicilio: _____
