

Su salud importa, su voz importa



Encuesta de Salud de la Comunidad del Condado de Larimer

Su hogar fue seleccionado al azar para participar en la Encuesta de Salud Comunitaria del Condado de Larimer de 2022, y es muy importante escuchar su opinión.

- **Por favor pídale a un adulto (mayor de 18 años) complete esta encuesta; solo complete una encuesta por hogar (ya sea en papel o en línea).**
- **Responda las preguntas según se apliquen a usted, a menos que la pregunta se refiera a su hogar.**
- **Responda la pregunta con marcas claras (X, ✓ o complete ■)**
- **Coloque la encuesta completa en el sobre prepago adjunto y devuélvalo por correo de los EE. UU. antes del 10 de junio de 2022.**

Si bien tenemos la intención **de mantener la confidencialidad** de sus respuestas, le pedimos que no proporcione información de identificación personal, como su nombre, al completar la encuesta.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestra línea de ayuda de encuestas al **970-224-5209** o envíe un correo electrónico a **survey@healthdistrict.org**.

Esta encuesta es un proyecto del Health District of Northern Larimer County. **Para obtener más información o si prefiere completar esta encuesta en línea, visite www.larimercountysurvey.org.**

Your unique passcode: MERGE FIELD

1. ¿Hay un grupo de doctores, centro médico, o clínica donde usted normalmente va para la mayoría de su atención médica? Sí No

2. ¿Tiene un doctor, enfermera, asistente médico, o enfermera practicante que usted considera que es su proveedor de salud regular? Sí No

3. ¿Hay un dentista, higienista dental, o consultorio dental en particular que usted considera su proveedor de cuidado dental primario? Sí No

4. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo un examen y/o limpieza dental?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> El año pasado | <input type="radio"/> Hace 3 a 5 años |
| <input type="radio"/> Hace 1 a 2 años | <input type="radio"/> 5 años atrás o más |
| <input type="radio"/> Hace 2 a 3 años | <input type="radio"/> Nunca |

5. Acceso a asistencia médica cuando la necesita:

- Malo Regular Buena Muy buena Excelente No sé

6. Durante los últimos 12 meses, debido a la pandemia del coronavirus (COVID-19), ¿ha hecho lo siguiente? (Marque todos los que aplican.)

- Evitar ir al dentista cuando necesitaba atención dental.
- Evitar ir al doctor cuando necesitaba atención médica.
- Evitar el contacto con personas mayores u otros que pudieran ser considerados alto riesgo si se contagiaban de COVID-19.

7. Desde el comienzo de la pandemia, ¿ha usado el telesalud (por teléfono o encuentro virtual) para recibir consejos o tratamientos de un médico u otro profesional de salud?

- Sí No → Vaya a la pregunta #8

7a. ¿Estaba satisfecho con su cita de telesalud más reciente? Sí No

7b. En el futuro, ¿cuántas de sus citas médicas le gustaría hacer por videoconferencia en vez de en persona?
 Cuanto más se pueda Algunas Ninguna, prefiero todas mis citas médicas en persona

8. ¿Qué tipo(s) de seguro médico tiene actualmente? (Marque todos los que correspondan.)

No incluya los planes de seguros que cubren sólo UN tipo de servicio, como salud dental, visión, o planes de medicamentos recetados.

- Ninguno, no tengo seguro médico. → Vaya a la pregunta #10
- Seguro médico que recibo a través de mi empleo actual o anterior o a través de un sindicato que incluye a padres o parejas (incluyendo COBRA o beneficios para jubilados).
- Plan de seguro médico que yo, mis padres, mi pareja o esposo/a compramos directamente de una compañía de seguro (de forma privada o en el mercado abierto de Colorado).
- Medicaid, también conocido como Health First Colorado.
- Medicare (Para personas de 65 años y mayores o con ciertas discapacidades).
- Asuntos de los Veteranos, Salud Militar, TRICARE o CHAMPUS.
- Seguro médico para estudiantes.
- Otro (por favor escriba): _____

9. En general, ¿diría que su cobertura médica es...?:

- Mala Regular Buena Muy buena Excelente

10. Si no tiene seguro médico actual, ¿cuáles son las razones? (Por favor, explique.)

11. Durante los últimos 3 años, ¿cuántos meses en total no ha tenido ningún tipo de seguro médico?

- Ninguno, siempre he tenido seguro
 Un total de un mes sin seguro
 Un total de 2 a 6 meses sin seguro
 Un total de 7 a 12 meses sin seguro
 Un total de 13 meses o más sin seguro

12. ¿Cómo ha cambiado su cobertura médica debido a la pandemia del coronavirus?

- No he tenido ningún cambio en mi cobertura por la pandemia. → *Vaya a la pregunta #13*
 No tenía cobertura antes de la pandemia, pero desde entonces me he inscrito en cobertura médica. → *Vaya a la pregunta #13*
 Tenía cobertura médica antes de la pandemia, pero la perdí.

12a. Si perdió su cobertura médica, ¿la reemplazó? Sí No

13. Actualmente ¿tiene algún seguro que cubre al menos una parte del costo de...:	Sí	No	No sé
a. ... medicamentos recetados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ... servicios dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ... servicios de salud mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ... servicios de vista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ... servicios de audición?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. ¿Cuántos años tiene? _____ años de edad

15. ¿Cuál es su género? (Marque todas las categorías apliquen)

- Mujer Hombre Transgénero _____

16. Incluyéndolo a usted, ¿cuántas personas (adultos y niños) viven en su hogar? (Si no hay ninguno para ciertas categorías debajo, escriba "0", por favor.)

0 a 4 años edad 5 a 17 años edad 18 a 29 años edad 30 a 64 años edad 65+ años edad

Número de personas: _____ _____ _____ _____ _____

17. ¿Cómo se describe? (Marque cualquiera que corresponda)

- Blanco (Caucásico) Nativo Americano o Nativo de Alaska
 Hispano o Latino/a/x Asiático o Isleño del Pacífico
 Negro o Afro-Americano Otro (por favor especifique): _____

18. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido que un doctor, un dentista u otro proveedor de servicios médicos, o su personal le hayan juzgado indebidamente por cualquiera de los siguientes? <i>Si no ha visto a un proveedor de servicios médicos en el último año, vaya a la pregunta #19</i>	Sí	No
a. Su raza o etnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Su género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Su edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Su orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Su peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Un condición de salud o discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. En general, ¿diría que su salud es...?:

- Mala Regular Buena Muy buena Excelente

20. ¿Alguna vez ha dado positivo o ha sido diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé
---	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

21. ¿Actualmente, tiene algunas de las siguientes condiciones?	Sí	No
a. Depresión, ansiedad u otro problema de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dolor de muelas u otros problemas con los dientes o las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Problemas para dormir o quedarse dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Una discapacidad, una desventaja médica, o una enfermedad crónica que le impide participar plenamente en su trabajo, tareas del hogar, u otras actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. ¿Está embarazada o ha dado a luz en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No o no aplica para mi
--	--------------------------	--

23. Por favor, díganos un poco más sobre su estado de salud actual:

- | | | |
|--|----------------------|-----------|
| a. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días diría que no fue bueno su estado de salud física (incluyendo enfermedades físicas o lastimaduras)? | <input type="text"/> | 0-30 días |
| b. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días diría que su estado de salud física deficiente le impidió realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo, o actividades recreativas? | <input type="text"/> | 0-30 días |
| c. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días diría que su estado de salud mental no fue bueno (incluyendo estrés, depresión u otros problemas emocionales)? | <input type="text"/> | 0-30 días |
| d. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo hacer sus actividades habituales, como el cuidado personal, trabajar, o actividades recreativas, debido a un estado de salud mental deficiente ? | <input type="text"/> | 0-30 días |

24. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera, un asistente médico u otro profesional médico que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?	Sí	No
a. Presión arterial alta (también llamada hipertensión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Diabetes (azúcar alta en la sangre). <i>Para las mujeres: Si le informaron que tenía diabetes solamente durante el embarazo, conteste "No".</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Artritis o reumatismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24(i). **¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera, un asistente médico u otro profesional médico que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?**

	Sí	No
f. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Trastorno alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Otros problemas de salud mental o enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Trastorno por consumo de alcohol o sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. **¿Por cuánto tiempo durante los últimos 3 meses se ha sentido ansioso, estresado, o deprimido?** *Circule un número en la escala.*

Nunca	La mitad del tiempo				Todo el tiempo	
1	2	3	4	5	6	7

26. **¿Qué tan seguido tiene acceso a los siguientes tipos de apoyo si lo necesita?**

	Nunca	Poco tiempo	A veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
a. Alguien en quien puede confiar o con quien puede hablar sobre usted o sus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Alguien que te lleve al doctor si lo necesitas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Alguien con quien pasar un buen rato.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. **Durante los últimos 6 meses:**

	Nunca	Algunos días	La mayoría de los días	Cada día
a. ¿Con qué frecuencia sintió dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Con qué frecuencia el dolor ha limitado su vida o sus actividades de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha considerado el suicidio como una solución para sus problemas?** Sí No
Si usted o alguien que conoce está pensando en suicidarse, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 1-888-628-9454

29. **Típicamente, ¿cuántas horas duerme en un periodo de 24 horas?** _____ Horas _____ Minutos

30. **¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?**

- No, no he recibido ninguna dosis → Vaya a la pregunta #31
- Sí, tuve una dosis de Pfizer o Moderna (ARNm)
- Sí, tuve la serie inicial de Pfizer o Moderna (2 dosis o 3 dosis para algunas personas con inmunodepresión)
- Sí, tuve una dosis de Johnson & Johnson
- Tuve alguna otra vacuna u otra combinación

30a. **¿Ha recibido una dosis de refuerzo de la vacuna contra el COVID-19?** Sí No

31. **¿Recibió una vacuna o aerosol nasal contra la gripe estacional durante la última temporada de gripe (septiembre 2021-abril 2022)?** Sí No No sé

32. **Sin contar el jugo de frutas, ¿cuántas porciones de frutas comió ayer?** *Una porción es ½ taza de fruta cortada/cocida/enlatada/congelada o una fruta pequeña, como una manzana, o ¼ taza de fruta seca.)*
 _____ Porciones de frutas (Si no comió ninguna, por favor escriba "0".)

33. ¿Cuántas porciones de verduras comió ayer? Una porción es ½ taza de verduras cortados/cocidos/enlatados/ congelados o una taza de verduras de hoja frescos y crudos o 4 onzas de jugo de verduras 100% natural
 _____ Porciones de verduras (Si no comió ninguna, por favor escriba "0".)

34. La cantidad de frutas y verduras que comió ayer fue:

- Más de lo habitual Igual que de costumbre Menos de lo habitual

Los expertos recomiendan que las personas adultas hagan **por lo menos 150 minutos** (2 horas y 30 minutos) de **actividad física moderada** o **por lo menos 75 minutos** (1 hora y 15 minutos) de **actividad física de alta intensidad**, o una combinación de los dos tipos de actividad, **cada semana**.

Intensidad moderada es cualquier movimiento que le haga respirar con dificultad, pero que no le impide tener una conversación con relativa comodidad.

Intensidad vigorosa es cualquier movimiento que hace que su corazón lata mucho más rápido y solo pueda decir unas pocas palabras antes de necesitar respirar otra vez.

35. ¿Diría que usted cumple o supera estas recomendaciones la mayoría de las semanas? Sí No No sé

Los expertos también recomiendan que las personas realicen **actividades que fortalecen los músculos** por lo menos **2 días a la semana**. Estas actividades hacen que los músculos trabajen más duro de lo habitual.

36. ¿Diría que usted cumple o supera estas recomendaciones la mayoría de las semanas? Sí No No sé

37. En los últimos 30 días, ¿ha usado cualquier de los siguientes productos de tabaco/nicotina?	Sí, cada día	Sí, algunos días	No
a. Cigarrillos regulares (no incluyendo cigarrillos de hierbas o electrónicos) <input type="checkbox"/> Estoy considerando seriamente dejarlo	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/>
b. Cigarrillos electrónicos o productos de vapeo electrónicos que contienen la nicotina o que se pueden llenar de jugo/líquido de vapeo de nicotina <input type="checkbox"/> Estoy considerando seriamente dejarlo	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/>
c. Puros, cigarrillos, o pipas, incluyendo el narguile <input type="checkbox"/> Estoy considerando seriamente dejarlo	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/>
d. Tabaco de mascar o algún otro producto de tabaco que no se fuma (como snus o ZYN) <input type="checkbox"/> Estoy considerando seriamente dejarlo	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/> ↓	<input type="radio"/>

38. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el cannabis (marihuana)? Sí No → Si no, vaya a la pregunta #39

38a. En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó cannabis? Si no usó cannabis, por favor escriba "0" y pase a la pregunta #39 _____ días en los últimos 30 días

38b. Cuando usó cannabis durante los últimos 30 días, normalmente fue: (Marque todas las que aplican)

- Para reducir el estrés/relajarse Para socializar
 Para drogarse/para divertirse Para reducir el dolor/la inflamación
 Para mejorar el sueño Para tratar la depresión/ansiedad
 Otra razón: _____

38c. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha manejado un carro u otro tipo de vehículo dentro de las 2 o 3 horas que siguieron al consumo de cannabis? _____ días en los últimos 30 días (Si nunca lo ha hecho, por favor escriba "0".)

Las siguientes preguntas tienen que ver con bebidas alcohólicas. Una bebida es una botella o lata de cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas, o un trago de licor de 1.5 onzas.

39. Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma típicamente en una semana, incluyendo el fin de semana?

_____ Número típico de bebidas por semana (Si no toma ninguna, por favor escriba "0".)

40. En los últimos 30 días, ¿cuál ha sido el mayor número de bebidas alcohólicas que ha tomado en una sola ocasión? _____ Número de bebidas alcohólicas en una ocasión (Si no ha tomado ninguna, por favor escriba "0".)

41. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces manejó después de tomar 2 o más bebidas alcohólicas en la hora antes de manejar? _____ veces (Si nunca ha manejado en esas condiciones, por favor escriba "0".)

42. Comparando cuántas bebidas alcohólicas normalmente bebía semanalmente antes de la pandemia y cuántas bebe ahora, diría que está:

- Bebiendo menos Bebiendo la misma cantidad Bebiendo más NA/No tomo alcohol

43. Al considerar el consumo de drogas, incluya el consumo de drogas ilegales o medicamentos de prescripción que no hayan sido específicamente recetados. Recuerda que sus respuestas son confidenciales. Sí No

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. ¿Alguna vez ha pensado que debería reducir la cantidad de bebidas alcohólicas o drogas que consume? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ¿Se ha sentido molesto cuando los demás han criticado su consumo de drogas o alcohol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. ¿Se ha sentido mal o culpable sobre su consumo de alcohol o de drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

44. Evalúe hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni a favor ni en contra	De acuerdo	Muy de acuerdo	No sé
a. El tratamiento puede ayudar a las personas que sufren de trastornos mentales a vivir una vida normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. La gente es generalmente atenta y comprensiva con las personas que sufren de trastornos mentales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. El tratamiento puede ayudar a las personas que sufren de adicciones a vivir una vida normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. La gente es generalmente atenta y comprensiva con las personas que sufren de adicciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La siguiente información nos ayuda a describir la salud y el bienestar de la comunidad entera; las respuestas honestas mejoran nuestra exactitud y entendimiento. No vamos a estar ni viendo ni reportando su información de manera individual.

45. ¿Cuánto pesa en libras (sin zapatos)? _____ libras

46. ¿Cuánto mide en pies y pulgadas (sin zapatos)?
 ___ pies ___ pulgadas

47. ¿Cuál es su orientación sexual?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Heterosexual | <input type="radio"/> Bisexual |
| <input type="radio"/> Lesbiana o gay | <input type="radio"/> Algo diferente |
| <input type="radio"/> Queer | <input type="radio"/> No sé |

48. ¿Cuáles de las siguientes categorías describe mejor su estado civil actual?

- Casado
 Miembro de una pareja no casada
 Divorciado o separado
 Viudo
 Nunca me he casado

49. ¿Cuál es el nivel o grado más alto de estudios que ha completado?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Menos del grado 12, sin diploma | <input type="radio"/> Título asociado (como AA, AS) |
| <input type="radio"/> Diploma de la escuela secundaria o GED | <input type="radio"/> Título/bachillerato (como BA, AB, BS) |
| <input type="radio"/> Alguna universidad, sin título | <input type="radio"/> Título profesional o de postgrado |

50. ¿Cuál es su situación actual de trabajo? (Marque todas las que se apliquen a usted.)

- Empleado asalariado de tiempo completo
 Empleado por cuenta propia
 Ama de casa de tiempo completo
 Estudiante de tiempo completo o de medio tiempo
 Despedido o desempleado
 Empleado asalariado de medio tiempo
 Militar
 Jubilado
 Discapacitado y sin capacidad de trabajar

50a. Si actualmente está empleado, ¿dónde trabaja?

- En un lugar de trabajo fuera del hogar
 En casa
 Una combinación de trabajo en casa y fuera de casa

51. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar antes de los impuestos en el 2021? Incluya los ingresos de todas las fuentes, como el trabajo, el seguro social, la asistencia pública, y los ingresos de su jubilación y el de todas las demás personas que viven en su hogar. Si es estudiante universitario y depende económicamente de sus padres, incluya los ingresos aproximados de su familia.

- \$13,000 o menos
 \$25,001 a \$32,000
 \$43,001 a \$52,000
 \$70,001 a \$88,000
 \$13,001 a \$22,000
 \$32,001 a \$34,000
 \$52,001 a \$60,000
 \$88,001 a \$125,000
 \$22,001 a \$25,000
 \$34,001 a \$43,000
 \$60,001 a \$70,000
 \$125,001 o más

51a. ¿Cuántas personas, incluyéndolo a usted, dependieron de estos ingresos en el 2021? ___ Número de personas

52. ¿Cuánto han cambiado los ingresos de su hogar debido a la pandemia? Circule un número en la escala.

- | | | | | | | |
|------------------|---|-----------------|---|---|---------------------|---|
| Han bajado mucho | | No han cambiado | | | Han aumentado mucho | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

53. ¿Cuánto dinero tiene ahorrado para una emergencia – dinero disponible de inmediato, sea en una cuenta de cheques, ahorros, o mercado monetario?

- No tengo ahorros de emergencia
 De 3 a 5 meses de gastos
 No sé
 Menos de 3 meses de gastos
 6 meses de gastos o más

54. En los últimos 12 meses, ¿le ha contactado de una agencia de cobranza por no haber pagado sus cuentas médicas? Esto puede incluir cuentas médicas para cualquier miembro de la familia. Sí No No sé

55. ¿Qué tan preocupado/a está de que...	Muy preocupado	Algo preocupado	No muy preocupado	No preocupado en absoluto
a. no será capaz de pagar por la asistencia médica que necesita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. el seguro médico llegará a ser tan caro que no será capaz de pagarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. Durante los últimos 2 años, ¿había un tiempo cuando necesitaba lo siguiente, pero no lo pudo alcanzar debido al costo?

	Sí	No	No necesité
a. Tener una consulta con un doctor o especialista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Atención dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Atención de salud mental o la terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Una prueba de audición o un aparato auditivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Medicamentos recetados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha preocupado o estresado sobre las siguientes cuestiones?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Normalmente	Siempre
a. ¿Tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Pagar su renta/hipoteca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de su hogar ha necesitado y/o usado cualquiera de los siguientes servicios comunitarios?	No lo he necesitado o ni usado	Lo he necesitado y utilizado	Lo he necesitado pero no lo conseguí	No sé
a. Servicios de salud mental como consejería o tratamientos para adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Terapias o tratamientos para un trastorno por consumo de alcohol o sustancias, incluyendo los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Servicios dentales/orales de bajo costo o sin costo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Servicios relacionados con el trabajo o el empleo (entrenamiento o ayuda para buscar trabajo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Asistencia financiera (el subsidio por desempleo, Colo. Works/TANF, SSI/SSDI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Asistencia alimentaria o de comida (Banco de comida, estampillas [SNAP] o WIC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Servicio de cuidado de niños/asistencia financiera para cubrir servicios de guardería (incluyendo CCCAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Servicios de vivienda (asistencia con los servicios públicos, la renta, o la hipoteca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Asistencia con el transporte (vales, reembolsos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Asistencia para entender las opciones de seguro médico e inscribirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. ¿Vive en casa propia o está alquilando? Casa propia Residencia de alquiler Otro arreglo: _____

60. ¿Cuántas veces se ha mudado durante los últimos 12 meses? _____ Número de veces (Si ninguna, por favor escribe "0".)

61. En los últimos 3 meses, ¿hubo un tiempo que usted no haya podido pagar su renta o hipoteca, en parte o en su totalidad? Sí No No aplica

62. Si tuviera que mudarse permanentemente de su casa, ¿adónde iría?
 Me mudaría con familia o amigos. Me iría a un refugio local. Otro: _____
 Buscaría otra casa para comprar o alquilar. No tendría adonde irme.

63. En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de encontrar servicios de cuidado de niños en el Condado de Larimer?
 Sí No → Vaya a la pregunta #64

Por favor, responda estas preguntas para el niño más joven para el que estaba buscando servicios de cuidado.

63a. ¿Cuánta dificultad tuvo en encontrar el tipo de cuidado de niños o programa de primera infancia que deseaba para su hijo o hija?
 Ninguna dificultad → Vaya a la pregunta #64
 Algunas dificultad
 Muchas dificultades
 No encontré el tipo de cuidado de niños que deseaba

63b. ¿Cuál fue la razón principal por lo cual tuvo dificultad en encontrar servicios de cuidado?
 El costo
 La calidad
 Falta de espacios disponibles para más niños
 Otro (por favor escriba): _____

64. **Antes de la pandemia, ¿estaba proveyendo cuidados no remunerados a un cónyuge, padre, hijo, otro familiar, pareja, o amigo para ayudarlo a cuidarse debido a una enfermedad crónica o discapacidad?** *Incluya la ayuda con las necesidades personales, tareas de la casa, tareas médicas/de enfermería, las finanzas, o arreglos para servicios externos. No es necesario que esta persona viva con usted.*
- Sí No

65. **Actualmente, ¿está proveyendo cuidados no remunerados a un cónyuge, padre, hijo, otro familiar, pareja, o amigo para ayudarlo a cuidarse debido a una enfermedad crónica o discapacidad?**

Sí No → Vaya a la pregunta #66

Clarifique su nivel de acuerdo con las siguientes declaraciones con respecto a su papel como cuidador:	Completa-	De	Ni de	En desa-	Totalmente
	mente de acuerdo	acuerdo	acuerdo ni en desacuerdo	cuerdo	en desacuerdo
65a. Debido a mi papel, no tengo suficiente tiempo para mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65b. Siento que mi vida social ha sufrido debido a mi rol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65c. Siento que mi salud ha sufrido debido a mi rol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. **¿Ha completado sus propias planificaciones anticipadas de atención médica, como un Testamento Vital o un Poder Legal Médico Duradero?** *Las planificaciones anticipadas de atención médica son documentos oficiales que describen sus deseos de tratamiento médico que recibirá si alguna vez se pone demasiado enfermo para comunicar sus decisiones por sí mismo.*
- Sí No No sé

67. ¿Qué tipo de problema representan para usted las siguientes cosas en la ciudad, pueblo o área rural donde vive?	Un gran problema	Un problema menor	Ningún problema
a. Contaminación del aire exterior (emisiones vehiculares, nubes marrones, polvo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Contaminación del aire interior (moho, radón, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Contaminación industrial (fábricas, perforaciones de gas y petróleo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Demasiados mosquitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Condiciones climáticas cambiantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Incendios incontrolados (pérdida de vidas, propiedades y otros recursos, humo en el aire, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Inundaciones (pérdida de vidas y propiedades, contaminación procedente de aguas pluviales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. **¿Qué tan preocupado está de que las siguientes emergencias o desastres lo afecten a usted o a su hogar en el futuro?**

	No preocupado	Un poco preocupado	Algo preocupado	Muy preocupado
a. Incendio forestal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Inundación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tornado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Evento de calor extremo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Fuga de materiales peligrosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Terrorismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Otro (por favor escriba): _____				

69. Si su hogar tuviera que evacuar su hogar repentinamente, debido a un desastre o emergencia, ¿a dónde iría inicialmente su hogar? (Marque todas las que aplican)

Quedarse con familia o amigos Refugio comunitario para evacuación por emergencias
 Hotel o motel Vehículo/RV
 No evacuaría Otro: _____

70. ¿Qué pasos ha tomado para prepararse para los tipos de emergencias o desastres que pueden ocurrir en la comunidad?

	No estoy seguro que hacer	No tengo planes	Planeo hacerlo	Ya lo he hecho
a. Preparó un plan de emergencia del hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Se registró en LETA, el sistema de información y alerta de emergencia del condado de Larimer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Abastecido de alimentos, agua y medicamentos para durar al menos 3 días sin ninguna ayuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tomó fotos o videos de su casa y posesiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Guardó copias de documentos clave (p. ej., certificado de matrimonio, hipoteca, papeles del seguro) en un lugar seguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Otro (por favor escriba): _____				

71. Evalúe hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la ciudad, pueblo o área rural donde vive.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No sé
a. Es <u>fácil caminar</u> en mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Es <u>fácil andar en bicicleta</u> en mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Es <u>fácil usar el transporte público</u> en mi comunidad (p. ej., como el autobús).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Es posible llegar a muchos lugares a donde necesito ir <u>caminando</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Es posible llegar a muchos lugares a donde necesito ir <u>en bicicleta</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Es posible llegar a muchos lugares a donde necesito ir <u>en transporte público</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente mientras conduce un vehículo?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Normalmente	Siempre	No manejo
a. Hace o recibe llamadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Lee o envía mensajes de texto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Usa tecnología telefónica de “manos libres”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

73. Usted está a favor de o en contra de políticas que podrían:	Totalmente en contra	Algo en contra	No tengo una opinión	Algo a favor	Totalmente a favor
a. ¿Añadir impuestos a la soda u otras bebidas endulzadas con azúcar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Restringir el uso manual de teléfonos celulares mientras se conduce un vehículo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Requerir que distritos escolares limiten o restringen opciones de comida insalubres durante el día de escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Prohibir el fumar y el vapeo en áreas públicas al aire libre, como parques, áreas de recreo, parques infantiles o senderos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Prohibir la venta de productos de tabaco con sabor (incluyendo mentol, menta, frutas) y jugo de vapeo con sabor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

74. ¿Cuáles cree usted que son los problemas o preocupaciones mayores que impactan la salud de las personas en el Condado de Larimer? *Si bien tenemos la intención de mantener la confidencialidad de sus respuestas, le pedimos que no proporcione información de identificación personal, como su nombre.*