

# Encuesta de opinión de la comunidad para Chicago y los suburbios del condado de Cook



La Alianza para la Equidad en Salud es un grupo de más de 30 hospitales, departamentos de salud locales y organizaciones comunitarias en Chicago y los suburbios del condado de Cook que trabajan juntos para llevar a cabo una Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria (CHNA). Las opiniones de usted son muy importantes y ayudarán a crear un plan para mejorar la salud de la comunidad. Le tomará unos 5-10 minutos completar la encuesta. Sus respuestas son anónimas y no se le preguntará su nombre. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, comuníquese con [Leah.Barth@iphionline.org](mailto:Leah.Barth@iphionline.org). Puede encontrar más información sobre el proceso de CHNA en línea en [www.allhealthequity.org](http://www.allhealthequity.org).

**¿Vive en Chicago o en los suburbios del condado de Cook?  Sí**

**NOTA: Esta encuesta es para las personas de toda edad que viven en Chicago y el condado de Cook. Si no vive en Chicago o en el condado de Cook, devuelva la encuesta al distribuidor de la encuesta.**

## Cuéntenos acerca de su comunidad

Para esta encuesta, nos interesa conocer los lugares donde usted vive, trabaja y juega. La información que comparta es anónima.

1. **¿Cuál es su código postal? (5 dígitos)**

2. **¿Cuántos años ha vivido en su comunidad?**

3. **¿Qué es lo mejor de su comunidad? (Díganos hasta tres cosas)**

1.

2.

3.

4. **¿Hay personas en su comunidad con las que se sentiría cómodo(a) pidiendo ayuda?**

Sí       No

5. ¿Cuál recurso o servicio relacionado con la salud funciona bien en su comunidad?

6. ¿Cuál recurso o servicio relacionado con la salud hace falta en su comunidad?

7. ¿Cuáles son las 3 necesidades de salud más importantes en su comunidad?  
(Escoja tres opciones más importantes. Use el "1" para la más importante.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad relacionada con la edad (artritis, pérdida de audición/visión, Alzheimer/demencia, etc.) | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, etc.)  |
| <input type="checkbox"/> Cánceres (mama, próstata, piel, colon, etc.)  | <input type="checkbox"/> Salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, suicidio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Abuso de menores  | <input type="checkbox"/> Salud de madres y bebés   |
| <input type="checkbox"/> COVID-19  | <input type="checkbox"/> Lesiones por accidentes automovilísticos  |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales  | <input type="checkbox"/> Obesidad (sobrepeso)  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (nivel alto de azúcar en la sangre)  | <input type="checkbox"/> Brutalidad policial   |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica (pareja/relación íntima)  | <input type="checkbox"/> Lesiones prevenibles (caídas, ahogos, conmociones cerebrales)                         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular   | <input type="checkbox"/> Racismo y discriminación  |
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda e inestabilidad de la vivienda  | <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual (ITS/ETS, VIH)                                      |
| <input type="checkbox"/> Hambre  | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias (alcohol, drogas, y uso indebido de medicamentos recetados)         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (hepatitis, TB, gripe, etc.)   | <input type="checkbox"/> Violencia   |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermedades prevenibles mediante vacunas (sarampión, varicela, VPH, etc.)            |

8. ¿Hay alguna otra necesidad de salud comunitaria que le gustaría agregar?

**9. ¿Qué se necesita para apoyar y mejorar en las cuestiones de salud que usted eligió? (Escoja tres opciones más importantes. Use el "1" para la más importante.)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso a servicios comunitarios                  | <input type="checkbox"/> Diversidad  |
| <input type="checkbox"/> Acceso a la atención médica                      | <input type="checkbox"/> Medio ambiente limpio (agua potable, aire limpio) |
| <input type="checkbox"/> Acceso a servicios de salud mental               | <input type="checkbox"/> Programas para la primera infancia                |
| <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables                    | <input type="checkbox"/> Buenas escuelas                                   |
| <input type="checkbox"/> Acceso al transporte (autobuses, trenes)         | <input type="checkbox"/> Parques y recreación                              |
| <input type="checkbox"/> Actividades para adolescentes y jóvenes          | <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo de calidad                |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil accesible                       | <input type="checkbox"/> Religión o espiritualidad                         |
| <input type="checkbox"/> Vivienda accesible                               | <input type="checkbox"/> Seguridad y baja criminalidad                     |
| <input type="checkbox"/> Programas de capacitación y educación de adultos | <input type="checkbox"/> Una fuerte vida familiar                          |
| <input type="checkbox"/> Eventos artísticos y culturales                  | <input type="checkbox"/> Buenos vecinos y grupos sociales                  |

**10. ¿Hay otros tipos de apoyos que puedan ayudar para resolver las necesidades de salud de su comunidad?**

## Cuéntenos qué impacto ha tenido COVID-19 en su vida

**11. Si quería vacunarse, ¿pudo acceder a la vacuna contra COVID-19?**

- Sí    No    No quería vacunarme    Prefiero no responder

**12. Si respondió NO a la pregunta 11, ¿por qué no pudo acceder a la vacuna contra el COVID-19? (Seleccione todo lo que corresponda.)**

- Dificultad para programar o hacer una cita
- Falta de transporte
- Discapacidad
- Otra razón (escriba cuál)
- Prefiero no responder

### 13. Si se vacunó, ¿dónde recibió su vacuna contra COVID-19?

- Hospital
- Sitio del departamento de salud
- Clínica comunitaria (centro de salud, atención urgente, etc.)
- Evento de vacunación móvil
- Farmacia (CVS, Walgreens, etc.)
- En el lugar de trabajo
- En casa
- United Center
- Otro sitio de vacunas (*escriba cuál*)
- Prefiero no responder

### 14. La pandemia de COVID-19 es un desafío en muchos sentidos. ¿Experimentó alguien en su hogar algo de lo siguiente debido a la pandemia de COVID-19? (Seleccione todo lo que corresponda.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de acceso a atención médica básica                   | <input type="checkbox"/> Muerte de familiares o amigos   |
| <input type="checkbox"/> Escasez de alimentos/hambre                                | <input type="checkbox"/> Sentirse solo(a) o aislado(a), no poder socializar con otras personas                 |
| <input type="checkbox"/> Escasez de suministros para bebés (fórmula, pañales, etc.) | <input type="checkbox"/> Sentirse nervioso(a), ansioso o inquieto  |
| <input type="checkbox"/> Despido o suspensión temporal                              | <input type="checkbox"/> No saber cuándo terminará la pandemia, falta de control                               |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo  | <input type="checkbox"/> Falta de acceso a la tecnología (acceso a internet, WIFI, computadora, tableta, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Reducción de salario/horas                                 | <input type="checkbox"/> Falta de habilidades para usar la tecnología para comunicarse                         |
| <input type="checkbox"/> Estrés con respecto a la situación laboral                 | <input type="checkbox"/> Vivienda inestable o falta de vivienda  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida o reducción de la cobertura del seguro médico      | <input type="checkbox"/> Dificultad de transporte  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del cuidado de los niños                           | <input type="checkbox"/> Otro impacto ( <i>escriba cuál</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia enfermos                            |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad continua o de larga duración                    | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder   |

# Cuéntenos sobre usted

Esta sección nos ayudará a aprender más sobre los diversos grupos de personas que viven en Chicago y los suburbios del condado de Cook y sus necesidades de salud específicas. La información que usted comparta es anónima.

## 15. ¿Cuántos años tiene?

- |   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10 años | <input type="checkbox"/> 25-34 | <input type="checkbox"/> 65-74                 |
| <input type="checkbox"/> 10-13            | <input type="checkbox"/> 35-44 | <input type="checkbox"/> 75-84                 |
| <input type="checkbox"/> 14-17            | <input type="checkbox"/> 45-54 | <input type="checkbox"/> 85 años o más         |
| <input type="checkbox"/> 18-24            | <input type="checkbox"/> 55-64 | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

## 16. ¿Cuál es su identidad de género?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer              | <input type="checkbox"/> No binario                                 |
| <input type="checkbox"/> Hombre             | <input type="checkbox"/> Otra identidad de género<br>(escriba cuál) |
| <input type="checkbox"/> Mujer transgénero  | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                      |
| <input type="checkbox"/> Hombre transgénero |   |

## 17. ¿Cuál es su orientación sexual?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual   | <input type="checkbox"/> Otra orientación sexual<br>(escriba cuál) |
| <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                     |
| <input type="checkbox"/> Bisexual       |  |
| <input type="checkbox"/> Asexual        |  |

## 18. ¿Con qué grupos raciales y étnicos se identifica? (Marque todo lo que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afro-americano / Black                      | <input type="checkbox"/> Blanco(a)                           |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska          | <input type="checkbox"/> Otra raza o etnia<br>(escriba cuál) |
| <input type="checkbox"/> Asiático(a)                                 | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder               |
| <input type="checkbox"/> Latino(a) / Hispano(a)                      |  |
| <input type="checkbox"/> Del Oriente Medio/ Árabe Americano o Persia |  |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico |  |

**19. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?**

- Escuela primaria (K-5)
- Escuela intermedia (6-8)
- Algo de escuela secundaria
- Graduado de la escuela secundaria o GED
- Escuela vocacional o técnica
- Algo de universidad
- Graduado universitario o superior
- Prefiero no responder

**20. Incluyéndose a usted, ¿cuántas personas viven en su casa?**

**21. ¿Cuántos niños/jóvenes de las siguientes edades viven habitualmente en su casa? (Marque un número con un círculo en cada línea.)**

Niños de 0 a 4 años en mi casa	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 o más</b>
Niños de 5 a 12 años en mi casa	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 o más</b>
Adolescentes de 13 a 17 años en mi casa	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 o más</b>
Adultos jóvenes de 18 a 24 años en mi casa	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 o más</b>

**22. ¿Vive alguien en su casa con una discapacidad física, mental o intelectual?**

- Sí       No       Prefiero no responder

**23. ¿Cuál es el ingreso anual del hogar?**

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$39,999
- De \$40,000 a \$59,999
- De \$60,000 a \$79,999
- De \$80,000 a \$99,999
- De \$100,000 a \$199,999
- Más de \$200,000
- Prefiero no responder

**¡Gracias por participar en nuestra encuesta!** Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor diríjase a [Leah.Barth@iphionline.org](mailto:Leah.Barth@iphionline.org). Se publicarán los resultados de la encuesta en [allhealthequity.org](http://allhealthequity.org) antes del 30 de junio de 2022.