West Valley Human Services Alliance
Encuesta del Grupo Mèdico

La siguiente encuesta es para los residentes de valle del oeste. El propósito de la encuesta es evaluar la necesidad de más camiones de salud móviles para el área. Los camiones de salud móvil viajan a través del condado de Maricopa y proveen servicios básicos de cuidado de salud preventiva y rutina. Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con Carlos Jurado a; 602.254.6300. ¡Gracias!

¿Cuál es el nombre y el código postal del lugar donde usted vive?_____

¿Llega alguna unidad de salud móvil a su área/pueblo? S N No sabe

¿Ha usado alguna vez una unidad de salud móvil? S N Si la respuesta es NO, ¿por qué? _____

¿Usaría una unidad de salud móvil si estuviera disponible?

Sin costo para usted	S	N	Quizá
Con costo para usted	S	N	Quizá

En la actualidad, ¿dónde recibe cuidados de la salud?
__Consultorio médico __Clínica de la comunidad __Hospital __Otro

¿Alguno de sus familiares tiene alguno de los siguientes problemas médicos? (encierre con un círculo todas las opciones que correspondan)
Presión arterial alta Enfermedad cardiaca Enfermedad respiratoria Diabetes Cáncer Otro

En el último año, ¿ha tenido alguno de estos problemas?

Problema dental	S	N
Problema en la vista	S	N
Problema de salud mental	S	N

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última visita a alguno de los siguientes profesionales?

Médico	__Menos de 1 año	__Entre 1 y 3 años	__Entre 3 y 5 años	__Más de 5 años
Dentista	__Menos de 1 año	__Entre 1 y 3 años	__Entre 3 y 5 años	__Más de 5 años
Oftalmólogo	__Menos de 1 año	__Entre 1 y 3 años	__Entre 3 y 5 años	__Más de 5 años

¿Tiene seguro?

Médico	S	N	De la vista	S	N
Dental	S	N	De cuidados de la salud mental	S	N

En el último año, ¿ha faltado a una cita o evitado recibir cuidados de la salud? S N

Indique el motivo principal por el que no recibe los siguientes cuidados (encierre con un círculo todas las opciones que correspondan):

Cuidados médicos	Transporte	Costo	Distancia	Otro_____
Cuidados dentales	Transporte	Costo	Distancia	Otro_____
Cuidados oftalmológicos	Transporte	Costo	Distancia	Otro_____

Cuidados de salud mental Transporte Costo Distancia Otro_____

Solo para mujeres:
¿Cuándo se realizó un frotis de Papanicolau por última vez?
__En el último año __En los últimos 2 a 3 años __No recuerda

¿Estuvo usted o alguna persona en su hogar embarazada en los últimos 6 meses?
S N Si la respuesta es Sí, ¿recibió cuidados prenatales?_____

¿Recibió cuidados prenatales en los primeros 3 meses de embarazo? S N
Si la respuesta es No, ¿por qué?_____

Demogràficas
¿De qué sexo es usted? Masculino Femenino

¿Cuántos años tiene? __Entre 18 y 24 __Entre 25 y 39 __Entre 40 y 59 __Más de 60

¿A qué raza/grupo étnico pertenece? __Blanco no hispano __Americano nativo
__Hispano/latino __Asiático
__Negro/Afroamericano __Hawaiano/Nativo de
__No sabe/no está seguro las islas del Pacífico

¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar? _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? __1-2 __3-4 __Más de 5

¿Cuál es su ingreso familiar anual? __Menor que $15,000 __Entre $15,001 y $30,000
__Entre $30,001 y $50,000 __Mayor que $50,000

¿Hay, en su hogar, alguna persona que fuma? S N

¿Desea agregar algún comentario o tiene alguna inquietud con respecto a los servicios de cuidados de la salud de su comunidad?