



Encuesta para Adultos de 18 años en adelante

Estimados habitantes del Condado Hennepin:

Su salud importa y sus respuestas son importantes, y necesitamos escucharlas directamente de usted. Te invitamos a participar en la “Encuesta **SHAPE**” (por sus siglas en inglés: Survey of the Health of All the Population, and the Environment [Encuesta sobre la Salud de Toda la Población, y del Medio Ambiente]). Sus respuestas a la encuesta ayudarán a mejorar la salud de nuestra comunidad. Su participación es totalmente voluntaria, y la información que suministre en las respuestas es estrictamente confidencial y no será compartida públicamente. El hecho de contestar esta encuesta tampoco afectará ninguno de los servicios que recibe del Condado Hennepin.

Si ya ha contestado esta encuesta anteriormente, ¡gracias! No necesita responderla de nuevo.

La encuesta **SHAPE** 2018 indaga por su estado de salud, el acceso a los servicios de salud, el tipo de dieta alimenticia, la práctica de ejercicios, y la comunidad en la que se vive. Llenar esta encuesta le tomará cerca de quince (15) minutos, y usted puede saltarse libremente cualquiera de las preguntas que no quiera o no se sienta cómodo en responder.

Por favor, siga los siguientes pasos:

1. Se le solicita llenar esta encuesta a una sola persona de su familia (de 18 años de edad o mayor) que esté recibiendo servicios aquí hoy.
2. Cuando complete la encuesta en papel, entréguela al personal encuestador, o al grupo de voluntarios en este sitio.
3. En agradecimiento por su tiempo dispensado en contestar esta encuesta, le obsequiaremos una tarjeta de regalo de \$5 dólares.

Nuestro grupo de voluntarios, o los miembros del personal encargados de la encuesta, podrán ayudarle a responder sus inquietudes, o a prestar asistencia con los idiomas. Si desea hablar con alguien más sobre la encuesta, llame a la línea 612-543-3034, o escriba a la cuenta de correo electrónico: SHAPE@hennepin.us. En la página web www.hennepin.us/SHAPE, encontrará más información disponible.

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este importante proyecto. Su salud importa. Sus respuestas son importantes.

Sinceramente,

Susan Palchick
Directora de Salud Pública

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA ENCUESTA


Marcas correctas


Marcas incorrectas

Para llenar esta encuesta, por favor use un lápiz #2, o un bolígrafo de tinta azul o negra.
No use lápices de color rojo, ni bolígrafos de tinta roja.
No use marcas cruzadas en ‘X’ ni marcas de verificación para marcar sus respuestas.
Rellene completamente los círculos de cada respuesta con marcas bien densas y oscuras.



Encuesta para Adultos SHAPE 2018

Encuesta sobre la Salud de Toda la Población, y del Medio Ambiente

Por favor conteste toda la encuesta respondiendo cada pregunta de la forma más sincera que pueda.
Sus respuestas son confidenciales.

SECCIÓN A - SALUD EN GENERAL Y ESTADO DE SALUD

A1. En general, ¿usted diría que su salud es...?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

A2. Pensando en su salud física que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿en los últimos 30 días, cuántos días su salud física no fue buena?

Número de días

A3. Pensando en su salud mental que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿en los últimos 30 días, cuántos días su salud mental no fue buena?

Número de días

A4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incomodado por cualquiera de los siguientes problemas?

a. Poco interés o placer en hacer las cosas

- En ningún momento
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

b. Sentirse triste, deprimido, o desesperado

- En ningún momento
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

A5. ¿Alguna vez le han dicho un médico, enfermera, u otro profesional de la salud que tenía algo de lo siguiente?

a. Hipertensión, también llamada presión arterial alta.

- Si
- Si, pero solamente durante el embarazo
- En el límite normal alto o pre-hipertenso
- No

b. Diabetes o enfermedad de azúcar en la sangre

- Si
- Si, pero solamente durante el embarazo
- Prediabetes o diabetes limítrofe
- No

A6. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies

Pulgadas

O

Centímetros

A7. ¿Cuánto pesa sin zapatos?

Si eres mujer, y actualmente está en embarazo, por favor escriba su peso habitual antes de quedar embarazada.

Libras

O

Kilos

A8. ¿Debido a problemas físicos, mentales, o emocionales, se siente limitado(a) para realizar algunas actividades?

- Si
- No

A9. ¿Debido a algún impedimento, discapacidad o problema de salud, requiere que otra persona le ayude en las necesidades básicas de cuidado personal como comer, bañarse, vestirse, o moverse por la casa?

- Si
- No

- A10. ¿Debido a algún impedimento, discapacidad o problema de salud, requiere que otra persona le ayude en el manejo de las necesidades rutinarias como las tareas domésticas diarias, los negocios, hacer las compras, o hacer vueltas con otros fines?**
- Si
 - No

SECCIÓN B. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

- B1. ¿Actualmente, tiene alguno de los siguientes tipos de seguro médico? (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

- Seguro médico o cobertura de salud a través de su empleador o de su cónyuge/compañero, padres, o del empleador de otra persona
 - Seguro médico o cobertura de salud comprado directamente por usted o su familia, (no a través de un empleador)
 - Servicio de salud para Indígenas o Tribal
 - Medicare
 - Medicaid, Medical Assistance (MA) [Asistencia Médica], o Prepaid Medical Assistance Program (PMAP)[Programa Prepago de Asistencia Médica]
 - MinnesotaCare
 - Seguro a través de MNSure
 - CHAMPUS, TRICARE, o beneficios a Veteranos.
 - Otro seguro o cobertura médica (favor especificar):
-
- SIN NINGUNA cobertura de un seguro de salud

- B2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido seguro médico todo el año, solo parte del año, o no estuvo asegurado durante todo el año?**

- Asegurado todo el año
- Asegurado solo parte del año
- Sin seguro durante todo el año

- B3. En los últimos 12 meses, ¿qué tan difícil ha sido para usted y su familia pagar las primas, los co-pagos y los deducibles del seguro médico?**

- Muy difícil
- Algo difícil
- No tan difícil
- Sin ninguna dificultad
- No es aplicable: No tengo seguro de salud con primas, copagos, o deducibles

- B4. En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un médico, una enfermera, o a otro profesional de la salud, por su propio bienestar y salud?**

- Si
- No

- B5. En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta, a un consejero, o a otro profesional de salud mental, por su propio bienestar y salud?**

- Si
- No

- B6. En los últimos 12 meses, ¿hubo un momento en que necesitó atención médica?**

- Si
- No \Rightarrow IR A LA PREGUNTA B9

- B7. ¿Retrasó su cuidado médico o no lo recibió aun necesiéndolo?**

- Si
- No \Rightarrow IR A LA PREGUNTA B9

- B8. ¿Se debió esto al costo, o a la falta de seguro médico?**

- Si
- No

- B9. En los últimos 12 meses, ¿hubo un momento en el que quería buscar ayuda de un profesional de la salud y hablar acerca de estrés, depresión, un problema emocional, preocupación excesiva, o pensamientos perturbadores?**

Aquí un profesional de la salud puede ser un médico, un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta, o un consejero.

- Si
- No \Rightarrow IR A LA PREGUNTA B12

- B10. ¿Retrasó su cuidado médico o no lo recibió aun necesiéndolo?**

- Si
- No \Rightarrow IR A LA PREGUNTA B12

- B11. ¿Se debió esto al costo, o a la falta de seguro médico?**

- Si
- No

- B12. ¿Cuando está enfermo, o necesita atención médica, usualmente dónde suele ir? (SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN)**

- Al consultorio del médico, o a la clínica
- A la sala de urgencias/emergencias del hospital
- Por el servicio de urgencias
- A una clínica ubicada en una farmacia o supermercado
- A ningún lugar habitual

B13. En los últimos 12 meses, ¿se saltó las dosis indicadas del medicamento, tomó cantidades menores o más pequeñas que las de su receta médica, o no despachó la fórmula debido al costo?

- Si
- No
- No me recetaron ningún medicamento

B14. Cualquiera que haya sido el motivo, ¿cuándo fue la última vez que visitó un odontólogo o una clínica dental?

- El año pasado
- En los últimos dos (2) años
- En los últimos cinco (5) años
- Hace más de cinco (5) años
- Nunca

B15. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los proveedores de su atención de salud le comunicaron o le dieron información que fue fácil de entender sobre su salud y la atención médica?

- Siempre
- La mayoría del tiempo
- Algunas veces
- En ningún momento
- No ví a ningún proveedor de atención médica

B16. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sus proveedores de su atención médica lo trataron con respeto?

- Siempre
- La mayoría del tiempo
- Algunas veces
- En ningún momento
- No ví a ningún proveedor de atención médica

SECTION C. ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

C1. Una porción de vegetales – sin incluir papas fritas– es una taza de ensalada verde o media taza de vegetales. ¿Cuántas porciones de vegetales consumió ayer?

Número de porciones

C2. Una porción de fruta es un trozo de fruta de tamaño mediano, o media taza de fruta picada, cortada o enlatada. ¿Cuántas porciones de fruta consumió ayer? (No incluya jugo de fruta)

Número de porciones

C3. Una porción de jugo 100% de fruta equivale a 6 onzas. ¿Cuántas porciones de jugo de fruta ingirió ayer?

Número de porciones

C4. En los últimos 30 días, además de su trabajo habitual, ¿participó en alguna actividad física o ejercicios tales como correr, calistenia, golf, jardinería, o caminar para hacer ejercicio?

- Si
- No

C5. En una semana normal, además de su trabajo habitual, ¿cuántos días logra hacer al menos 30 minutos de actividad física moderada?

Las actividades moderadas producen solamente una ligera sudoración y un leve aumento de la respiración o del ritmo cardíaco.

Número de días

C6. En una semana normal, además de su trabajo habitual, ¿cuántos días logra hacer al menos 20 minutos de actividad física intensa?

Las actividades intensas provocan una sudoración abundante y un gran aumento de la respiración y del ritmo cardíaco.

Número de días

C7. En una semana normal, ¿cuántos días CAMINA para ir y volver de un lugar a otro (como el trabajo, la tienda, hacer diligencias)?

Número de días

C8. En una semana normal, ¿cuántos días MONTA EN BICICLETA como ejercicio o recreación para ir y volver de un lugar a otro?

Número de días

Para las preguntas de la C9 a la C11, estime un trago de alcohol como equivalente a una lata o botella de cerveza, una bebida de malta, una copa de vino, o un refresco de vino, un trago de licor, o un coctel.

C9. En los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos un trago de alguna bebida alcohólica?

Número de días

C10. En los últimos 30 días, en los días en que bebió, ¿cerca de cuántos tragos se tomó en promedio?

Número de tragos

C11. Incluyendo todo tipo de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces tomó durante los últimos 30 días?

PARA MUJERES: 4 o más tragos en una ocasión

Número de veces

PARA HOMBRES: 5 o más tragos en una ocasión

Número de veces

C12. En toda su vida, ¿se ha fumado, al menos, unos cien (100) cigarrillos que equivalen = a cinco (5) paquetes?

- Si
- No ⇒ IR A LA PREGUNTA C16

C13. ¿Actualmente, fuma cigarrillo todos los días, algunos días, o absolutamente en ningún momento?

- Todos los días
- Algunos días
- En ningún momento ⇒ IR A LA PREGUNTA C16

C14. ¿La marca de su cigarrillo habitual es con sabor a mentol, o no es mentolado?

- Con mentol
- No es mentolado
- No uso ninguna marca habitual
- No fumo cigarrillo

C15. En los últimos 12 meses, ¿ha parado de fumar por un día o más, porque estaba tratando de dejar de fumar?

- Si
- No
- No fumo cigarrillo

C16. En los últimos 12 meses, ¿ha usado otros productos de tabaco como tabacos (puros), pipas, rapé, tabaco masticable, kreteks, bidis (cigarrillo indio), snus, hookah (pipa de agua), o cualquier otro tipo de producto de tabaco?

- Si
- No

C17. ¿Alguien, incluso usted, fuma regularmente cigarrillos, tabacos (puros), o pipas al interior de su casa?

- Si
- No

C18. ¿Actualmente usa cigarrillos electrónicos, como e-cigarrillos, narguiles y pipas de agua electrónicas, o vapeadores electrónicos tipo bolígrafo?

- Todos los días
- Algunos días
- Solía usar, pero ahora ya no
- Nunca

SECCIÓN D. (USTED) CÓMO SE SIENTE

Las preguntas de la D1 a la D7, indagan sobre cómo se ha sentido en los últimos 30 días.

D1. ¿Con qué frecuencia se sintió tan triste que nada pudo levantarle el ánimo?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D2. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D3. ¿Con qué frecuencia se sintió tan inquieto y sin sosiego que no podía apaciguarse y sentarse tranquilo?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D4. ¿Con qué frecuencia se sintió desesperanzado?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D5. ¿Con qué frecuencia sintió que todo era un esfuerzo?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D6. ¿Con qué frecuencia se sintió de poco valor?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

D7. El estrés designa una situación en la cual una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o que no puede conciliar el sueño en la noche porque su mente está preocupada todo el tiempo. ¿Con qué frecuencia sintió este tipo de estrés?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

SECCIÓN E. ACERCA DE SU COMUNIDAD

E1. ¿Con qué frecuencia ha participado en las actividades de la escuela, la comunidad, o el vecindario?

- Semanalmente
- Mensualmente
- Varias veces al año
- Casi una vez al año
- Menos de una vez al año
- Nunca

E2. ¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Por favor, incluya el apoyo de cualquier fuente como la familia, los amigos, los vecinos y/o los compañeros de trabajo.

- Siempre
- Habitualmente
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

E3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?

- Siempre
- Habitualmente
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

E5.

E4. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con esta afirmación: Esta es una buena comunidad para criar niños/as?

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

E5. En general, ¿qué tan seguro considera que es su vecindario refiriéndose a delincuencia?

- Muy seguro
- Algo seguro
- Algo inseguro
- Para nada seguro

E5a. ¿Alguna vez ha intercambiado sexo por dinero, alojamiento, seguridad/protección, comida, ropa, o por una posición de poder en una pandilla?

- Si, en los últimos 12 meses.
- Si, hace más de 12 meses
- No, nunca

E6. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de su hogar ha recibido asistencia médica por parte de Medical Assistance (MA), ayuda alimentaria (como cupones de alimentos, o asistencia del programa SNAP), ayuda del programa WIC, o asistencia monetaria de programas como MFIP o General Assistance (GA)?

- Si
- No
- No sé

E7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se preocupó de que se le agotara la comida antes de que tuviera dinero para comprar más?

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

E8. En los últimos 12 meses, ¿usted o su familia faltaron o se retrasaron con un pago del alquiler o de la hipoteca debido a que no tenían suficiente dinero?

- Si
- No

E9. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido que permanecer en un albergue, en algún lugar que no está destinado como un sitio para vivir, o en la casa de otra persona porque no tenía otro lugar dónde alojarse?

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Tres o más veces

E10. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la falta de transporte le impidió llegar a los lugares donde tenía que ir, como sitios de trabajo, citas médicas, o hacer compras?

- Muchas veces
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

E11. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado en una situación en la que siente que no es aceptado debido a su raza, cultura, religión, o situación migratoria?

- Al menos una vez a la semana
- Una o dos veces al mes
- Unas pocas veces al año
- Una vez al año o menos
- Nunca

E12. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado en una situación en la que siente que no es aceptado debido a su orientación sexual o a la identidad de género?

- Al menos una vez a la semana
- Una o dos veces al mes
- Unas pocas veces al año
- Una vez al año o menos
- Nunca

SECCIÓN F. ACERCA DE USTED

Las siguientes preguntas sirven para ayudarnos a comprender quién es la persona que responde la encuesta. Reiteramos una vez más que la información de sus respuestas a estas y a todas las demás preguntas, permanecerá confidencial.

F1. Es usted...

- Hombre
- Mujer

F2. ¿Se considera transgénero/transexual?

- Sí
- No

F3. ¿Se considera ..?

- Heterosexual o hetero
- Lesbiana o gay/homosexual
- Bisexual

F4. ¿Cuántos años tiene?

Años

F5. ¿Cuál es el grado académico más alto que ha cursado o el mayor nivel escolar que terminó?

- No terminó la secundaria
- Diploma de graduación secundaria o GED
- Algo de universidad, grado de Asociado o vocacional/técnico/escuela comercial
- Título de Licenciatura o superior

F6. ¿Usted es Hispano, o Latino(a)?

- Sí
- No

F7. ¿De cuál de las siguientes opciones se considera? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

Blanco

Negro o Afro Americano

Si es negro o Afroamericano, ¿es usted...?

- Afroamericano
- Somalí, Oromo, Etíope, o de otro país del Este Africano
- Liberiano, Nigeriano, o de otro país del Oeste Africano
- Otra, especifique_____

Asiático o Asiático Americano

Si es Asiático o Asiático Americano, ¿es usted...?

- Hmong, Camboyano, Laosiano, Tailandés, Vietnamita o Birmano.
- Otra, especifique_____

Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacífico

Otra, especifique _____

F8. Por favor, indíquenos cuál fue su ingreso anual familiar en el año 2017 procedente de todas las personas que residen en su casa y todas las fuentes en el 2017, antes de impuestos.

Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

- \$10,000 o menos
- de \$10,001 a \$15,000
- de \$15,001 a \$24,000
- de \$24,001 a \$32,000
- de \$32,001 a \$41,000
- de \$41,001 a \$49,000
- de \$49,001 a \$58,000
- de \$58,001 a \$66,000
- de \$66,001 a \$74,000
- de \$74,001 o más

F9. INCLUYÉNDOSE USTED, ¿cuántos adultos y menores viven en su hogar?

Número de adultos de 18 años o más
(INCLUYÉNDOSE USTED)

Número de niños de 0 a 5 años de edad

Número de menores de 6 a 17 años de edad

F10. Actualmente se encuentra....

- Casado(a) o viviendo en una relación de pareja semejante al matrimonio.
- Separado(a), divorciado(a), o viudo(a)
- Nunca casado

F11. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí ⇒ SALTAR A LA PREGUNTA F12
- No

F12. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

Número de años

Por favor, ingrese los datos de su dirección. Su dirección solo será utilizada por el Equipo Encuestador del Condado de Hennepin para describir a quien respondió la encuesta. A modo de recordatorio, le reiteramos nuevamente que en el curso de la encuesta, puede negarse a responder cualquier pregunta y no afectará por ello, de ninguna manera, su capacidad para recibir servicios a través del condado de Hennepin. Toda la información que proporciona es privada, y solo el personal de la encuesta de Salud Pública del Condado de Hennepin tendrá acceso a la información que brinde. Más información se encuentra disponible en la dirección web www.Hennepin.us/SHAPE. Si tiene preguntas sobre la encuesta, llame al 612-348-6150 o envíe un correo electrónico a la cuenta shape@hennepin.us.

¿Cuál es su dirección actual?

Calle (Ejemplo: Calle 123 Elm) _____

Apartamento / unidad # _____

Ciudad _____ Código postal _____

¿Tiene algún comentario o sugerencia acerca de esta encuesta? Por favor, comparta sus opiniones en el espacio dispuesto a continuación