

2025 Cleveland Health Survey

Cuestionario Español



Cleveland Health Survey

Complete the survey for a chance to win **\$50**
Completa la encuesta para tener la oportunidad de ganar \$50

Help us understand the health issues that impact our city to shape resources available to our community!
¡Ayúdanos a entender los problemas de salud que afectan a nuestra ciudad para dar forma a los recursos disponibles para nuestra comunidad!

1 Scan the QR Code
Escanea el Código QR

2 Enter Your Access Code
Ingrese su código de acceso

3 Answer Questions
Responda Preguntas

You can also go online
También puede conectarse en línea
clehs2024.org

Or call us
O llámanos
(216) 368-2732

You must be 18 or older to take the survey. Limit one survey per household.
Debes tener 18 años o más para completar la encuesta. Límite de una encuesta por hogar.

www.prchn.org/clehealthsurvey

CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY School of Medicine

CITY OF CLEVELAND Mayor Justin M. Bibb PUBLIC HEALTH

La Cleveland Health Survey fue administrada por el Prevention Research Center for Healthy Neighborhoods para Case Western Reserve University, en colaboración con el Cleveland Department of Public Health. La encuesta estuvo disponible entre el 21 de noviembre de 2024 y el 21 de enero de 2025 y se pudo completar en línea (a través de Qualtrics) o por teléfono, así como en inglés o español. Todos los que completaron la encuesta recibieron información sobre el consentimiento informado en formato electrónico o se les leyó verbalmente antes de recibir una copia por correo.

¡Gracias por su interés en la Cleveland Health Survey!

El propósito de este estudio es entender la salud, los comportamientos de salud, y la seguridad de los residentes de Cleveland.

Para más información, visita www.prchn.org/clehealthsurvey o escribimos a clehealthsurvey@case.edu

El primer paso para participar en el estudio es responder a unas preguntas para confirmar su elegibilidad.

Antes de comenzar, ¿puede contarnos cómo escuchó se enteró de esta encuesta? (Marca todas las opciones que correspondan):

- Recibí una tarjeta postal por correo (*Si recibió una postal, asegúrese de que tiene a la mano su tarjeta postal porque necesitaremos su código único para continuar*) (1)
- Radio (2)
- Televisión (4)
- Folleto (5)
- Boletín informativo (6)
- Alguien conocido (7)
- Otra (por favor, especifique) (8) _____

[SI TIENE UNA TARJETA POSTAL (SE MUESTRA EN LA PÁGINA 1)]

Para asegurarnos de que sea usted elegible para participar en esta encuesta, por favor responde a las siguientes preguntas:

Ingresa el código único de su tarjeta postal. _____

[SI NO TIENE UNA TARJETA POSTAL]

Para asegurarnos de que sea usted elegible para participar en esta encuesta, por favor responde las siguientes preguntas:

Cuál es la dirección donde usted vive la mayoría del tiempo?

Tiene cuenta de que si usted es elegible y completa la encuesta, **esta dirección se usará para el premio de \$50 y un cheque será enviado a esta dirección.**

Dirección: _____

Número de apartamento o suite: _____

Por favor ingrese el código postal de esta dirección: _____

¿Cuál es su edad? _____

[SI ES DE CLEVELAND, TIENE 18 ANOS Y NADIE MÁS LO HA USADO EL CÓDIGO ÚNICO, ES ELEGIBLE]

¡Felicitaciones! Usted es elegible para participar en la Cleveland Health Survey!
Para ser elegible para el premio de \$50 (las probabilidades de ganar son 1 en 10), necesita hacer lo siguiente:

- Lee el formulario de consentimiento con atención
- Haz clic en la casilla "Estoy de acuerdo" para dar su consentimiento para participar.
- Completa al menos el 80% de las preguntas.

[SE PRESENTA EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO]

Por favor, indica su disposición a participar en este estudio haciendo clic en **SÍ** o **NO**.

- SÍ, ACEPTO** participar (1)
 - NO, NO ACEPTO** participar (2)
-

[SI CONSIENTE]

Se le enviará una copia de este formulario de consentimiento por correo electrónico o a su domicilio, según su preferencia.

- Correo electrónico (1) _____
- Dirección postal (2)
-

Si está interesado/a en ser contactado/a sobre partes futuras de este estudio, podríamos contactarle nuevamente para darle más información. ¿Podemos contactarle para darle más información sobre partes futuras de este estudio?

- Sí (1)
- No (2)
-

[SI ACEPTA SER CONTACTOS]

Por favor, le pedimos su método de contacto preferido si es diferente al anterior.

- Correo electrónico (1) _____
- Dirección postal (2)
-

[COMIENZA LA ENCUESTA]

¿Es usted de sexo....?

- Masculino (1)
- Femenino (2)
- No binario(a) (3)
- No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿A cuál o cuáles de las siguientes razas diría usted que pertenece?

- Indoamericano/a o nativo/a de Alaska (1)
 - Asiático/a (2)
 - Negro/a o afroamericano/a (3)
 - Hispano/a o Latino/a (4)
 - Medio Oriente o Norte de África (5)
 - Nativo/a de Hawái o Nativo/a de las islas del Pacífico (6)
 - Blanco/a (7)
 - Otro/a, por favor especifique (8)
-
- No sé / No estoy seguro/a (9)

¿Es usted...?

- Casado/a (1)
- Divorciado/a (2)
- Viuda (3)
- Separado/a (4)
- Nunca estuvo casado/a (5)
- Vive en pareja sin estar casado/a (6)
- No sé / No estoy seguro/a (7)

¿Cuál es el nivel de educación o grado escolar más alto que ha completado?

- Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder (1)
 - 1 a 8 grado (Escuela primaria) (2)
 - 9 a 11 grado (Algunos estudios secundarios) (3)
 - 12 grado o diploma GED (Graduado/a de escuela secundaria superior) (4)
 - 1 a 3 años de universidad (Algunos estudios universitarios o de escuela técnica) (5)
 - 4 años o más de universidad (Graduado universitario) (6)
 - No sé / No estoy seguro/a (7)
-

¿Vive en casa propia o rentada?

- Propia (1)
 - Rentada (2)
 - Otra situación de vivienda (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿Actualmente usted es un....?

- Empleado/a asalariado (1)
- Trabajador(a) independiente (2)
- Desempleado/a por 1 año o más (3)
- Desempleado/a por menos de 1 año (4)
- Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa (5)
- Estudiante (6)
- Jubilado/a (7)
- No puedo trabajar (8)
- No sé / No estoy seguro/a (9)

¿Cuántas personas de las que viven en su hogar, incluyendo a usted mismo/a, tienen 18 años o más?

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

¿Cuál de las siguientes opciones mejor representa lo que piensa de usted?

- Gay (homosexual) (1)
- Heterosexual (2)
- Bisexual (3)
- Algo distinto (4)
- No sé / No estoy seguro/a (5)

¿Usted se considera una persona transgénero?

- Sí, transgénero, de masculino a femenino (1)
- Sí, transgénero, de femenino a masculino (2)
- Sí, género no conforme (3)
- No (4)
- No sé / No estoy seguro/a (5)

¿Diría usted que su estado de salud en general es?

- Excelente (1)
- Muy bueno (2)
- Bueno (3)
- Regular (4)
- Malo (5)
- No sé/ No estoy seguro/a (6)

Con respecto a su estado de salud física, lo que incluye tanto enfermedades como heridas físicas, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud física no fue bueno?

Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días la a mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?

¿Cuánto mide sin zapatos?

Pies: (1) _____

Pulgadas: (2) _____

¿Cuánto pesa sin zapatos?

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER]

Que usted sepa, ¿está actualmente embarazada?

Sí (1)

No (2)

No aplica (4)

No sé / No estoy seguro/a (3)

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER]

¿Alguna vez le han hecho una histerectomía?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No aplica (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Cuál es su principal seguro de cobertura médica? Por favor marque todo lo que corresponda.

- Un plan adquirido a través de un empleador o sindicato (incluidos los planes adquiridos a través del empleador de otra persona) (1)
 - Un plan que usted u otro miembro de su familia paga por su cuenta (2)
 - Medicare (3)
 - Medigap (4)
 - Medicaid (5)
 - El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) (6)
 - Seguro relacionado con el ejército - TRICARE (antiguamente llamado CHAMPUS) / VA / CHAMP- VA (7)
 - Servicios para los nativos de Alaska, Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) (8)
 - Plan de salud patrocinado por el estado (9)
 - Otro programa estatal (10)
 - Ninguno (11)
 - No sé/ No estoy seguro/a (12)
-

[SI EL INDIVIDUO TIENE MEDICAID]

¿Cuál es su proveedor de su plan de administración de seguro de salud?

- AmeriHealth Caritas Ohio (1)
 - Anthem Blue Cross and Blue Shield (2)
 - Buckeye Health Plan (3)
 - CareSource Ohio (4)
 - Humana Healthy Horizons Ohio (5)
 - Molina Healthcare of Ohio (6)
 - UnitedHealthcare Community Plan of Ohio (7)
 - Otro: Por favor especifique (9)
-
- No sé/ No estoy seguro/a (8)

¿Hay alguna persona a la que usted considere su médico o proveedor de atención médica personal?

- Sí, solo una (1)
- Más de una (2)
- No (3)
- No sé/ No estoy seguro/a (4)

En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un médico, pero no pudo hacerlo por razones económicas?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé/ No estoy seguro/a (3)
-

Aproximadamente, ¿cuándo fue la última vez que fue al médico para hacerse un chequeo de rutina? *Un chequeo de rutina es un examen físico general, que no se realiza por una lesión, enfermedad o afección específica.*

- En el último año (hace menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5) (3)
 - Hace 5 años o más (4)
 - Nunca (5)
 - No sé/ No estoy seguro/a (6)
-

¿Cuándo fue la última vez que un médico o oftalmólogo le examinó sus ojos?

- En el mes pasado (hace menos de 1 mes) (1)
 - En el último año (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses) (2)
 - En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5) (3)
 - Hace 5 años o más (4)
 - Nunca (5)
 - No sé/ No estoy seguro/a (6)
-

Incluido todo tipo de dentistas, como ortodoncistas, cirujanos maxilofaciales y todos los demás especialistas dentales, así como los higienistas dentales, ¿cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o que fue a una clínica dental por algún motivo?

- En el último año (hace menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5) (3)
 - Hace 5 años o más (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

Incluyendo todos los tipos de proveedores de salud mental, como terapeutas, consejeros y todos los demás proveedores de salud mental, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un proveedor de salud mental por cualquier motivo?

- En el último año (hace menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 5 años (hace más de 2 años, pero menos de 5) (3)
 - Hace 5 años o más (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

¿ALGUNA VEZ le dijeron que tenía diabetes?

- Sí (1)
 - No (2)
 - Me dijeron que estaba prediabetes o intolerancia a la glucosa (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER Y LE HA DICHO QUE TIENE DIABETES]

¿Fue esto únicamente durante su embarazo?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No aplica (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE LE HA DICHO QUE TIENE DIABETES]

Según su médico u otro profesional de la salud, ¿qué tipo de diabetes tiene?

- Tipo 1 (1)
 - Tipo 2 (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿ALGUNA VEZ en su vida un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía presión arterial alta?

- Sí (1)
 - No (2)
 - Me dijeron que estaba al borde de la hipertensión o que era prehipertensa (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER Y LE HA DICHO QUE TIENE PRESIÓN ARTERIAL ALTA]

¿Fue esto únicamente durante su embarazo?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No aplica (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿ALGUNA VEZ en su vida un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que su nivel de colesterol en la sangre es alto? *Al decir otro profesional de la salud nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud autorizado.*

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿ALGUNA VEZ un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía algún tipo de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI LE HA DICHO QUE TIENE ALGUNA FORMA DE ARTRITIS]

Piense en los últimos 30 días, teniendo en cuenta todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si ha tomado medicamentos o no. Durante los últimos 30 días, ¿qué tan intenso fue su dolor en las articulaciones en promedio en una escala de 0 a 10, donde **0 es ningún dolor y 10 es dolor o dolor lo más intenso posible**?

¿ALGUNA VEZ un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le informó que usted tenía asma? Al decir otro profesional de la salud nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud autorizado.

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE HA DICHO QUE TIENE ASMA]

¿Todavía tiene asma?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le han dicho que tenía una enfermedad de depresión (incluida depresión, depresión mayor, distimia o depresión menor)?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que padece una enfermedad de ansiedad (incluida una enfermedad de estrés aguda, una enfermedad de pánico, la fobia, la enfermedad de estrés postraumática o la enfermedad de ansiedad social)?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE IDENTIFICA COMO HOMBRE]

¿Alguna vez se ha hecho una prueba de P.S.A? *Una prueba de P.S.A es un análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata. También se le llama prueba de antígeno prostático específico.*

- Sí (1)
 - No (2)
 - No aplica (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE HA HECHO UNA PRUEBA DE PSA]

¿Cuánto tiempo ha pasado aproximadamente desde su prueba de P.S.A más reciente?

- En el último año (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3) (3)
 - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5) (4)
 - Hace 5 años o más (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER]

¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? *Una mamografía es una radiografía de cada seno para buscar cáncer.*

- Sí (1)
 - No (2)
 - No aplica (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE HA HECHO UNA PRUEBA MAMOGRAFÍA]

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se hizo su última mamografía?

- En el último año (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3) (3)
 - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5) (4)
 - Hace 5 años o más (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

[SI SE IDENTIFICA COMO MUJER]

¿Alguna vez se ha hecho una prueba de detección de cáncer de cuello uterino? *Esto podría incluir un PAP o una prueba de VPH.*

- Sí, prueba PAP (1)
 - Sí, prueba de VP (2)
 - Sí, tanto la prueba de PAP como la prueba de VP (3)
 - No (4)
 - No aplica (6)
 - No sé / No estoy seguro/a (5)
-

[SI SE HA HECHO UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO]

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se hizo la última prueba de detección de cáncer de cuello uterino?

- En el último año (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3) (3)
 - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5) (4)
 - Hace 5 años o más (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

Hay muchas formas de hacerse pruebas de detección de cáncer del colon. ¿Cuál de los siguientes has tenido alguna vez? Por favor marque todo lo que corresponda.

- Colonoscopia (1)
 - Sigmoidoscopia (2)
 - Colonoscopia virtual (3)
 - Polonografía por TC (4)
 - Prueba de sangre en heces (5)
 - Prueba de ADN FIT (6)
 - Prueba Cologuard (7)
 - Ninguno de estos (8)
 - No sé/ No estoy seguro/a (9)
-

[SI SE HA HECHO UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL, ESTA PREGUNTA SE REALIZA PARA CADA PRUEBA QUE HA INDICADO HABER RECIBIDO]

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se hizo la última [PRUEBA] de cáncer colorrectal?

- En el último año (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses) (1)
 - En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2) (2)
 - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3) (3)
 - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5) (4)
 - En los últimos 10 años (hace más de 5 años, pero menos de 10) (5)
 - Hace 10 años o más (6)
 - No sé / No estoy seguro/a (7)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado dificultades con el pensamiento o la memoria que ocurren con más frecuencia o que están empeorando?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

Durante los últimos 30 días, ¿le dio atención o asistencia regular a un amigo o familiar que tiene un problema de salud o discapacidad?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Qué tan seguro considera que es su vecindario?

- Extremadamente seguro (1)
 - Bastante seguro (2)
 - Menos seguro (3)
 - Seguro para nada (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (5)
-

¿Usted o un miembro de su hogar ha sido víctima de un delito en su vecindario en los últimos 12 meses?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

La siguiente pregunta es sobre seguridad con armas de fuego. Algunas personas guardan armas para intenciones recreativas, como para ir a cazar o el tiro deportivo. La gente también guarda armas en casa para protegerse. Por favor incluya armas de fuego como pistolas, revólveres, escopetas y rifles; pero no pistolas de aire comprimido o pistolas que no puedan disparar. Incluya los que se guardan en un garaje, área de almacenamiento al aire libre o en un vehículo motorizado. ¿Hay armas de fuego guardadas en este momento dentro o alrededor de su casa?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre diferentes tipos de violencia física y/o violencia sexual u otras experiencias sexuales no deseadas. Esta información nos permitirá entender mejor el problema de la violencia y contacto sexual no deseado, y también ayudar a otras personas en el futuro. Este es un tema delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Al final de esta sección, le daré números de teléfono para organizaciones que pueden dar información y referencias para estos temas. Por favor tenga en cuenta que si no está en un lugar seguro, puede decirme que quiere saltar u omitir cualquier pregunta que no desee contestar

¿Está en un lugar seguro para responder estas preguntas?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE ESTÁ EN UN LUGAR SEGURO]

En los últimos 12 meses, ¿alguien ha tenido relaciones sexuales con usted después de que usted dijo o mostro que no quería o sin su consentimiento?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI SE ESTÁ EN UN LUGAR SEGURO]

En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna violencia física o ha tenido relaciones sexuales no deseadas con una pareja íntima? *Una pareja íntima puede incluir a una pareja actual o anterior, incluyendo un(a) esposo/a, un(a) ex-esposo/a, novio, novia, o persona con quien estés saliendo.*

- Sí (1)
- No (2)
- No sé / No estoy seguro/a (3)

Entendemos que este tema puede recordarle de eventos del pasado que algunas personas deseen hablar. Si usted o alguien conocido quisiera hablar con un consejero capacitado, por favor llame a la Línea Nacional de Asistencia para Víctimas de Agresión Sexual al 1-800-656-4673.

En general, ¿qué tan satisfecho está con su vida? Es...

- Muy satisfecho (1)
 - Satisfecho (2)
 - Insatisfecho (3)
 - Muy insatisfecho (4)
 - No sé / No estoy seguro/a (5)
-

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

- Siempre (1)
 - Normalmente (2)
 - A veces (3)
 - Rara vez (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

¿Con qué frecuencia se siente solitario/a? ¿Es...?

- Siempre (1)
 - Normalmente (2)
 - A veces (3)
 - Rara vez (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

Estrés significa una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada todo el tiempo. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha sentido este tipo de estrés? ¿Fue...?

- Siempre (1)
 - Normalmente (2)
 - A veces (3)
 - Rara vez (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí (1)
- No (2)
- No sé / No estoy seguro/a (3)

En los últimos 12 meses, ¿ha perdido su empleo o le han reducido sus horas de trabajo?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la comida que compró no le duró y no tenía dinero para comprar más? ¿Fue eso...?

- Siempre (1)
 - Normalmente (2)
 - A veces (3)
 - Rara vez (4)
 - Nunca (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido cupones de alimentos, también llamados SNAP, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, en una tarjeta EBT?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo pagar su hipoteca, alquiler o facturas de servicios públicos?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que una compañía de electricidad, gas, petróleo o agua amenazó con cortar los servicios?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Con qué frecuencia piensa en su raza u origen étnico?

- Nunca (1)
 - Una vez al año (2)
 - Una vez al mes (3)
 - Una vez a la semana (4)
 - Una vez al día (5)
 - Una vez por hora (6)
 - Constantemente (7)
 - No sé / No estoy seguro/a (8)
-

En los últimos 12 meses, ¿siente en general que lo trataron peor, igual o mejor que las personas de otras razas o etnicidades?

- Peor que otras razas o etnicidades (1)
 - Igual que otras carreras o etnicidades (2)
 - Mejor que otras carreras o etnicidades (3)
 - Peor que algunas carreras, mejor que otras (4)
 - Sólo encontré personas de la misma raza y etnicidad (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

[SI ES EMPLEADO O ESTUDIANTE]

En los últimos 12 meses en el trabajo o escuela, ¿siente que fue tratado peor, igual o mejor que las personas de otras razas o etnicidades?

- Peor que otras razas o etnicidades (1)
 - Igual que otras carreras o etnicidades (2)
 - Mejor que otras carreras o etnicidades (3)
 - Peor que algunas carreras, mejor que otras (4)
 - Sólo encontré personas de la misma raza y etnicidad (5)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

En los últimos 12 meses, al buscar atención médica, ¿siente que sus experiencias fueron peores, iguales o mejores que las de las personas de otras razas o etnicidades?

- Peor que otras razas o etnicidades (1)
 - Igual que otras razas o etnicidades (2)
 - Mejor que otras razas o etnicidades (3)
 - Peor que algunas razas, mejor que otras (4)
 - Sólo encontré personas de la misma raza y etnicidad (5)
 - No aplica (7)
 - No sé / No estoy seguro/a (6)
-

En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún síntoma físico, por ejemplo, un dolor de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular o palpitaciones, **como resultado de cómo fue tratado basado en su raza u origen étnico?**

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma para nada?

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - No fumo para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

[SI SE FUMA CIGARRILLOS TODOS LOS DÍAS, ALGUNOS DÍAS]

Actualmente, cuando fuma cigarrillos, ¿por lo general fuma cigarrillos mentolados?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

¿Fuma cigarros todos los días, algunos días o no fuma cigarros para nada? *Por favor, NO incluya cigarros pequeños o cigarrillos, como Black & Mild's, al considerar su respuesta a esta pregunta.*

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - No fumo para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿Actualmente, usted fuma cigarros pequeños o cigarrillos, como Black and Mild's, todos los días, algunos días o no fuma para?

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - No fumo para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿Actualmente, usted fuma cigarrillos electrónicos u otros productos de vapeo electrónico todos los días, algunos días o no los usa para nada?

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - No fumo para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿Actualmente, usa tabaco de mascar, rapé, bolsas o snus todos los días, algunos días o no los usa para nada?

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - Para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

¿Actualmente, usa algún producto de tabaco o cigarrillo electrónico con sabor todos los días, algunos días o no los usa para nada? *Esto puede incluir cigarrillos mentolados, productos de cigarros con sabor y/o cigarrillos electrónicos o vapores.*

- Todos los días (1)
 - Algunos días (2)
 - No fumo para nada (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico, enfermera u otro profesional de la salud le aconsejó dejar de fumar?

- No he fumado en los últimos 12 meses (1)
 - Sí (2)
 - No (3)
 - No sé / No estoy seguro/a (4)
-

[SI USA CUALQUIER PRODUCTO DE TABACO O NICOTINA]

Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI USA CUALQUIER PRODUCTO DE TABACO O NICOTINA]

Piense en la última vez que intentó dejar de fumar o cuando dejó de fumar: ¿usó alguno de los siguientes para ayudarlo? Por favor, marque todas las que correspondan.

- Terapia de reemplazo de nicotina (parche de nicotina, goma de mascar, inhalador, aerosol nasal o pastilla) (1)
- Medicamentos recetados (Chantix, vareniclina, Wellbutrin, Zyban o bupropión)(2)
- Consejería (3)
- Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar el tabaco (por ejemplo, Freedom from Smoking) (4)
- Una línea de ayuda telefónica o por internet para dejar de fumar (por ejemplo, Ohio Quit Line) (5)
- Libros, folletos o videos (6)
- Un programa en internet o basado en la red (7)
- Otro, por favor especifique (8) _____
- Ninguno (por ejemplo, dejar de repente) (9)
- No sé / No estoy seguro/a (10)

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usó marijuana o cannabis? *Por favor, no incluya cannabinoides derivados del cáñamo, como delta-8 THC, delta-10 THC, THC-O, THC-A, THC-P, y HHC.*

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió cannabinoides derivados del cáñamo, como cannabinoides derivados del cáñamo, como delta-8 THC, delta-10 THC, THC-O, THC-A, THC-P o HHC?

[SI HA CONSUMIDO CANNABIS O CANNABINOIDES DERIVADOS DEL CÁÑAMO DURANTE 1 O MÁS DÍAS]

Durante los últimos 30 días, ¿cuáles de los siguientes productos usó?

- Delta-9 THC (1)
 - Delta-8 THC (2)
 - Delta-10 (3)
 - THC-A (4)
 - THC-O (5)
 - THC-P (6)
 - THC-V (7)
 - HHC (8)
 - Otro/a, por favor especifique el producto (9) _____
 - No sé / No está (10)
-

[SI HA CONSUMIDO CANNABIS O CANNABINOIDES DERIVADOS DEL CÁÑAMO DURANTE 1 O MÁS DÍAS]

Durante los últimos 30 días, ¿cómo usó el cannabis?

- Lo fumé (por ejemplo, en un porro, bong, pipa o blunt) (1)
 - Lo comí (por ejemplo, en brownies, pasteles, galletas o caramelos) (2)
 - Lo bebí (por ejemplo, en té, refresco o alcohol) (3)
 - Lo vaporicé (por ejemplo, en un vaporizador similar a un cigarrillo electrónico o en otro dispositivo de vaporización) (4)
 - Por dab (por ejemplo, usando un rig de dab, cuchillo o bolígrafo de dab) (5)
 - Lo usé de otra manera (6)
 - No sé / No estoy seguro/a (7)
-

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos una bebida alcohólica? *Una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.*

[SI HA BEBIDO ALCOHÓLICA DURANTE 1 O MÁS DÍAS]

Durante los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿cuántas bebidas bebió en promedio? *Una cerveza de 40 onzas equivaldría a 3 tragos; un cóctel con dos medidas de alcohol equivaldría a 2 tragos.*

Las siguientes preguntas son sobre drogas u otras sustancias que ha usado. ¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha usado algún analgésico recetado de una manera que un médico no le indicó? *No incluya analgésicos de venta libre como aspirina, Tylenol, Advil o Aleve.*

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado algún analgésico recetado de una manera que un médico no le indicó?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha usado fentanilo de alguna manera que un médico no le indicó que lo usara?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé/ No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado fentanilo de alguna manera que un médico no le indicó?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez no y más, ha usado cocaína, incluyendo todas las diferentes formas de cocaína como polvo, ‘crack’, ‘free base’ y pasta de coca?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado cocaína?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha usado heroína?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado heroína?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha usado metanfetamina, también conocida como crank, crystal, ice o speed?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado metanfetamina?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha utilizado una aguja para inyectarse un medicamento no recetado por un médico?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado una aguja para inyectarse un medicamento no recetado por un médico?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, ha usado un alucinógeno? *Incluya cosas como LSD (también llamado “ácido”), PCP (también llamado “polvo de ángel”), peyote, mescalina, psilocibina (encontrada en hongos), Ketamina (también llamada “Special K”), Salvia divinorum, o cualquier otro alucinógeno.*

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé / No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado alucinógeno?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (5)
-

¿ALGUNA VEZ, incluso si fue una vez y no más, has consumido kratom, que puede presentarse en forma de polvo, pastillas o hojas?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No sé/ No estoy seguro/a (3)
-

[SI DIJO “SÍ” A LO ANTERIOR]

¿Cuándo fue la última vez que ha usado kratom?

- En los últimos 30 días (1)
 - Hace más de 30 días pero menos de 12 meses (2)
 - Hace más de 12 meses (3)
 - No sé/ No estoy seguro/a (4)
-

¿Hay otros temas relacionados con la salud y el bienestar que cree que deben considerarse y que no se cubrieron en esta encuesta?

En su opinión, ¿cuál es el mayor problema o la mayor preocupación que afecta a la gente en su comunidad?

¿Qué cree que se debería hacer para resolver esas necesidades?

[FIN]