ECMC/ Kaleida Health/ SNAPCAP/ McGuire Group
Catholic Medical Partners/ Catholic Health System
Niagara-Orleans Emerging PPS

Estimado consumidor de servicios de salud en Western New York:

Necesitamos su ayuda.

Por favor tome unos minutos para completar esta encuesta sobre servicios de salud en Western New York.

Los proveedores de servicios de salud en el Estado de Nueva York están trabajando para mejorar la calidad de sus servicios y ayudar a la gente a ser más saludable a la vez que intentan reducir los costos de dichos servicios.

Necesitamos su opinión para poder ayudar a orientar el diseño de programas que nos ayuden a alcanzar estas metas de servicios de mejor calidad, mejor salud, y menores costos. La suma de las respuestas de todas las personas encuestadas ayudará a asegurarnos de que estamos diseñando los programas correctos, de la manera correcta.

Actualmente, este trabajo está dirigido a mejorar los servicios para las personas cubiertas por Medicaid y Medicare. Pero si tenemos éxito, estos programas podrán ser dirigidos a personas cubiertas por seguros médicos a través del trabajo o por planes o seguros de salud adquiridos directamente por el consumidor a través del Mercado de Seguros Médicos.

Todas sus respuestas permanecerán bajo estrictas condiciones de anonimato y confidencialidad.

Si recibe por correo electrónico una solicitud para volver a completar la encuesta, por favor disculpe la molestia. Sólo debe completar la encuesta una vez.

Esta encuesta es muy importante para las más de 250 organizaciones proveedoras de servicios de salud en Western New York que compartirán los resultados con el fin de mejorar sus programas. Esperamos que usted también piense que esto es importante.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, comuníquese con Bradshaw Hovey en el UB Regional Institute al teléfono 829-5985. Un informe sobre los resultados de la encuesta estará disponible a finales del 2014.

Gracias por su ayuda.

Encuesta sobre Servicios de Salud en Western New York

Díganos sobre usted

1. ¿Cuál es el nombre de la organización que le pidió que completara esta encuesta?

2. ¿Qué edad tiene?

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54

- 55-64
- 65-74
- 75+

3. ¿A qué género pertenece?

- Femenino
- Masculino

4. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)

5. ¿Dónde vive usted?

- Allegany County
- Cattaraugus County
- Chautauqua County
- Erie County
- Genesee County
- Niagara County
- Orleans County
- Wyoming County

6. ¿Cuál es su código postal? _____

7. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Empleado(a)
- Desempleado(a)
- Retirado(a)
- Discapacitado(a)

8. Si está empleado(a), ¿en qué trabaja?

- Construcción
- Educación
- Agricultura
- Finanzas
- Gobierno
- Salud
- Servicios humanos
- Hotel/Restaurante
- Manufactura
- Servicios personales
- Ventas al detal
- Transporte
- Otro: _____

Encuesta sobre Servicios de Salud en Western New York

9. Salud y bienestar general

	SÍ	NO
¿Estuvo mal de salud física durante 14 días o más en el mes pasado?	☐	☐
¿Estuvo mal de salud mental durante 14 días o más en el mes pasado?	☐	☐
¿Hubo 14 días o más en el pasado mes cuando su salud física o mental no le permitió realizar sus actividades usuales, tales como el trabajo, la recreación, o el cuidado propio?	☐	☐

10. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?

- Seguro a través del trabajo
- Seguro comercial
- Seguro a través del Mercado de Seguros Médicos
- Medicaid
- Medicare
- Medicare y Medicaid
- Otro
- No tengo seguro

11. Acceso a servicios de salud

	SÍ	NO
¿Ha necesitado ver a un médico en el pasado año pero no ha podido por el costo?	☐	☐
¿Ha visitado a un médico para un chequeo rutinario (examen físico general, no una visita para una lesión, enfermedad o condición particular) en el pasado año?	☐	☐
¿Ha visitado a un dentista o una clínica dental por cualquier motivo en el pasado año?	☐	☐
¿Le han extraído al menos un diente permanente por caries o enfermedad de las encías?	☐	☐
Si usted es mujer, ¿alguna vez le han hecho una mamografía?	☐	☐
Si usted es mujer, ¿alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou?	☐	☐
Si usted es hombre, ¿alguna vez le han hecho un examen rectal digital?	☐	☐
Si usted es hombre, ¿alguna vez le han hecho la prueba del antígeno prostático específico?	☐	☐
¿Alguna vez ha sido evaluado(a) para cáncer del colon o recto (prueba casera de sangre en las heces, sigmoidoscopia o colonoscopia)?	☐	☐

Encuesta sobre Servicios de Salud en Western New York

- ¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que usted tiene la presión alta?
- Si tiene la presión alta, ¿toma medicamentos para controlarla?
- ¿Alguna vez se ha chequeado el colesterol en la sangre?
- ¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que usted ha tenido un ataque al corazón, angina, o ataque cerebral?
- ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene diabetes (no pre-diabetes o diabetes en el embarazo)?
- ¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que usted tiene asma?
- ¿Alguna vez le han dado una vacuna contra la pulmonía?
- ¿Alguna vez le han dado una vacuna contra la influenza/gripe?
- ¿Su médico de cabecera está localizado en el mismo condado en el que usted vive?
- ¿Ha necesitado ver a un médico en el pasado año pero no pudo porque no tenía cómo llegar?
- Si contestó "Sí" a la pregunta anterior, ¿fue por falta de medios de transporte?
- La salud incluye el bienestar mental y emocional así como el físico. Si usted está bajo tratamiento para problemas emocionales y también tiene problemas físicos, ¿considera que sus problemas físicos están siendo bien atendidos?
- Si usted está bajo tratamiento para problemas de salud física y también tiene dificultades emocionales, ¿considera que sus problemas emocionales están siendo bien atendidos?

12. Proveedor de servicios de salud

¿Hace cuánto tiempo está usted yendo al médico de cabecera al que va actualmente?

- Menos de un año
- Uno a tres años
- Tres a cinco años
- Más de cinco años
- No tengo médico de cabecera

13. Información sobre cuidados de salud

¿Cuál es su fuente principal de información o consejos sobre salud y servicios de salud?

☐ Amigos o familia	☐ Médico especialista
☐ Médico de cabecera	☐ TV/radio/revistas/periódicos
☐ Personal de sala de emergencias	☐ Biblioteca
☐ Internet	☐ Otro _____

14. Uso de hospitales

	SÍ	NO
¿Ha sido ingresado a un hospital en los pasados 12 meses?	☐	☐
Si es así, ¿a qué hospital? _____		
¿Ha visitado una sala de emergencias para recibir atención médica en los pasados 12 meses?	☐	☐
Si es así, ¿en qué hospital? _____		

15. Problemas de salud

	SÍ	NO
¿Ha tenido síntomas de dolor o rigidez en o cerca de una coyuntura durante los pasados 30 días que haya empezado hace más de tres meses atrás?	☐	☐
¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y fuma ahora todos los días o algunas veces?	☐	☐
¿Ha tomado cuatro bebidas alcohólicas o más (mujeres) o cinco bebidas alcohólicas o más (hombres) en más de una ocasión en el pasado mes?	☐	☐
¿Ha tomado en promedio más de una bebida alcohólica al día (mujeres) o más de dos bebidas alcohólicas al día (hombres) en el pasado mes?	☐	☐
¿Considera que está sobrepeso u obeso?	☐	☐
¿Participa en alguna actividad física o ejercicio como por ejemplo, correr, calistenia, golf, jardinería, o caminar como ejercicio?	☐	☐
¿Consume usted cinco o más raciones de frutas y vegetales en un día normal?	☐	☐

Más preguntas en la siguiente página...

Encuesta sobre Servicios de Salud en Western New York

16. Si tiene hijos(as):

	SÍ	NO
¿Considera que su hijo(a) tiene sobrepeso u obesidad?	☐	☐
Si es así, ¿está él o ella recibiendo ayuda para ese problema?	☐	☐
¿Alguna vez le ha dicho un profesional de la salud que su hijo(a) tiene asma?	☐	☐
Si es así, ¿está su hijo(a) recibiendo ayuda para ese problema?	☐	☐
¿Está preocupado por la salud o bienestar emocional de su hijo(a)?	☐	☐
¿Otras personas que conocen a su hijo(a) han expresado preocupación por la salud o bienestar emocional de su hijo(a)?	☐	☐
Si es así, ¿está su hijo(a) recibiendo ayuda para esos problemas?	☐	☐

17. ¿Qué tipos de mejoras le gustaría ver en la oficina de su médico de cabecera?

☐ Ubicación	☐ Hacer citas con menos tiempo de antelación
☐ Horarios de servicio	☐ Mejor seguimiento
☐ Facilidades	☐ Más consejos sobre el uso de medicamentos
☐ Estacionamiento	☐ Más consejos sobre dieta y ejercicio
☐ Sala de espera	☐ Más consejos sobre medidas de prevención
☐ Tiempo de respuesta del personal	

18. En su opinión, ¿cuál es el problema de salud más importante al que se están enfrentando las personas en su comunidad?

19. ¿Cuál piensa usted que es la necesidad más crítica de salud en su comunidad?