

Distrito De Alta Healthcare
Encuesta Sobre Necesidades De Salud

Lo que sigue es una encuesta para ser llenada por residentes que viven en el Distrito de Alta Healthcare como sea posible. La Junta De Distrito usara esta encuesta para ayudar a decidir qué tipo de programas financiar para tener el mayor impacto en la calidad general de la salud en el Distrito. Por favor, tómesese unos minutos para contestar las preguntas y enviarlo. Todas las respuestas son anónimas. ¡Gracias!

Edad _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

1. ¿Usted fuma? _____
 2. ¿Cómo usted describiría su salud física general?
Excelente _____ Muy Bueno _____ Media _____ Justa _____ Pobre _____
 3. ¿Cómo describiría su salud mental general?
Excelente _____ Muy Bueno _____ Media _____ Justa _____ Pobre _____
 4. ¿Cómo describiría su audición?
Excelente _____ Muy Bueno _____ Media _____ Justa _____ Pobre _____
 5. ¿Cómo describiría su vista?
Excelente _____ Muy Bueno _____ Media _____ Justa _____ Pobre _____
 6. ¿Sufre usted de alguna condición médica / mental diagnosticada? Si _____ No _____
 7. ¿Cuándo fue la última vez que visito a un Medico? _____
 8. ¿Cuándo fue la última vez que visito a un Dentista? _____
 9. ¿Cuándo fue la última vez que visito a un Oculista? _____
 10. ¿Ha tenido alguna vez un examen físico en el consultorio de un Medico? _____
 11. ¿Con que frecuencia hace ejercicio cada semana? _____ ¿Por cuánto tiempo en promedio? _____
 12. ¿Cuántas horas duerme en promedio de una noche? _____
 13. ¿Cómo describiría su dieta?
Excelente _____ Muy Bueno _____ Media _____ Justa _____ Pobre _____
 14. En un año normal, ¿Cuantos días esta fuera del trabajo /o/ de la escuela por causa de una enfermedad? _____
 15. ¿Cree que tiene acceso a información sobre la buena nutrición? _____
 16. ¿Alguna vez has visto la información nutricional de los paquetes de alimentos? _____
 17. ¿Cuántas comidas de restaurante / comida rápida comes al mes? _____
 18. Tienes algún problema con:
Enojo _____ Depresión _____ Memoria _____ Drogas _____ Alcohol _____ Fatiga _____ Control de peso _____
 19. ¿Cómo describiría el nivel de estrés en su vida normalmente?
Extrema _____ Alta _____ Ocasionalmente Estresante _____ Tranquila _____ Pacifica _____
 20. ¿Tienes alguna alergia? _____ Si es así, ¿A qué? _____
 21. ¿Qué servicios o programas podrían ofrecerse en su Comunidad para mejorar su salud física o mental? _____

 22. ¿Cuál es la mayor necesidad de atención medica en su Comunidad? _____

-