

## ENCUESTA del CONDADO de SAN LUIS OBISPO

Escuelas, agencias del gobierno y otras organizaciones locales del Condado de San Luis Obispo están llevando a cabo una encuesta acerca de la calidad de vida de los residentes en el condado de San Luis Obispo. Sus opiniones son muy importantes para diseñar planes para la comunidad en el futuro. Por favor toma unos minutos para darnos sus opiniones. Por favor, solamente residentes adultos del condado de San Luis Obispo deben completar esta encuesta. **Círcula el número al lado de su respuesta/s.**

1. ¿Que tan preocupado esta usted acerca de los siguientes temas en su comunidad? Para cada una, favor de contestar “Muy Preocupado,” “Algo Preocupado,” Nada Preocupado.”

	<u>Muy</u> <u>Preocupado</u>	<u>Algo</u> <u>Preocupado</u>	<u>Nada</u> <u>Preocupado</u>
Congestión del tráfico .....	1	2	3
Abuso de Drogas, tabaco, y Alcohol .....	1	2	3
Violencia Doméstica.....	1	2	3
Abuso infantil .....	1	2	3
Abuso de personas mayores .....	1	2	3
Racismo .....	1	2	3
Crimen .....	1	2	3
Personas sin vivienda .....	1	2	3
Oportunidades de Empleo .....	1	2	3
Pandillas o violencia en la juventud .....	1	2	3
Costo de la vivienda.....	1	2	3
Construcciones en las zonas libres.....	1	2	3
Pérdida de hábitat de animales .....	1	2	3
Calidad del agua .....	1	2	3
Contaminación del aire .....	1	2	3
Las Escuelas Públicas .....	1	2	3
Acceso a eventos culturales .....	1	2	3

2. ¿Qué tan seguro se siente usted en su comunidad? (Círcula uno)

Muy seguro ..... 1  
 Algo seguro ..... 2  
 Nada seguro ..... 3

3. ¿Usted o alguien en su hogar padece de alguna incapacidad física o mental que limite substancialmente algunas actividades cotidianas tales como poder bañarse, vestirse, subir escaleras, ir de compras o poder manejar su dinero?

Sí ..... 1 → continúe con la pregunta 4  
 No ..... 2 → pase a la pregunta 5

4. ¿Quién ayuda a la persona incapacitada con estas actividades? (Circula todas las repuestas que aplican)?

Un familiar .....1  
 Vecino/ amigo/ alguien de la iglesia.....2  
 Alguien que trabaja por una agencia del gobierno .....3

Alguien de una organización privada o no lucrativa ..... 4  
 Otro (escriba aquí).....

5. ¿Es usted o otra persona en su hogar responsable del cuidado de..

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Un niño/ niña incapacitado(a) .....	1	2
Un adulto incapacitado .....	1	2
Persona mayor incapacitada .....	1	2

6. ¿La cantidad que usted paga para vivienda, incluyendo gas, agua, electricidad, etc?

Menos que un tercio de sus ingresos..... 1  
 En medio de un tercio y la mitad de sus ingresos..... 2  
 Mas que una mitad de sus ingresos..... 3

7. ¿En cualquier mes, ha tenido usted que abstenerse de necesidades básicas como comida, ropa, cuidado de niño/s, vivienda o servicios médicos?

No..... 1 → Pase a la pregunta 9  
 Sí..... 2 → Si es así, ¿que les hace falta?

Comida..... 1  
 Cuidado de niños ..... 2  
 Servicios médicos ..... 3  
 Ropa ..... 4  
 Vivienda ..... 5

POR CADA NECESIDAD QUE TUVIERON (Pregunta 7) PREGUNTE:

8. ¿Cuál fue la razón?

	<u>Comida</u>	<u>Cuidado de niño</u>	<u>Servicios médicos</u>	<u>Ropa</u>	<u>Vivienda</u>
No-dinero para poder pagar.....	1	1	1	1	1
No se donde ir para pedir ayuda.....	2	2	2	2	2
No-transportación disponible para ir	3	3	3	3	3
No puede salir de la casa	4	4	4	4	4
Otro (escriba aquí)	5	5	5	5	5

9. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última visita al doctor para un examen?

Durante el año pasado.....1  
 1-2 años .....2  
 3-5 años .....3  
 Más de 5 años.....4  
 Nunca.....5

10. ¿Durante el año pasado, ¿hubo alguien en su casa que necesitó servicios médicos pero no pudo recibirlos por falta de dinero?

Sí.....1  
 No.....2

11. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de hablar con un especialista en salud mental pero no ha tenido el dinero o el seguro médico para hacerlo?

Sí .....1  
No .....2

12a. ¿Tiene usted seguro médico?

Sí ..... 1 → pase a la pregunta 13  
No ..... 2 → continúe con la pregunta 12b

(SI LA RESPUESTA ES NO, PREGUNTE:)

12b. ¿Porqué no?

Muy caro/ no puedo pagar .....1  
El empleador no ofrece seguro de salud.....2  
Tengo Medi-Cal/ Medicare/ Veteranos.....3  
Otro (escriba en)\_\_\_\_\_

13. ¿En general diría usted que su salud física es?

Excelente .....1  
Muy buena .....2  
Buena .....3  
Regular.....4  
Mala .....5

14. ¿Cuántos años tiene usted?

Edad: \_\_\_\_\_

**Sí usted tiene menos de 55 años de edad, pase a la pregunta 16.**

Sí usted tiene 55 años o más contesta la siguiente pregunta.

15. ¿Dígame por favor si cada una de las siguientes categorías es "Un gran problema", "Un problema Menor", o "No es un problema" para usted personalmente:

	<u>Gran Problema</u>	<u>Menor Problema</u>	<u>No es un Problema</u>
Vivienda.....	3	2	1
Transportación.....	3	2	1
Soledad .....	3	2	1
No tener suficiente dinero.....	3	2	1
Cuidarse usted mismo físicamente .....	3	2	1
Medicinas de su receta medica .....	3	2	1
Cuidado dental .....	3	2	1
Comer alimentos .....	3	2	1
Cuidado personal en casa .....	3	2	1

16. ¿En que ciudad / pueblo vive usted, o cuál es la ciudad / pueblo más cercano donde vive?

Ciudad / pueblo: \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su origen étnico?

- |                   |   |                         |   |
|-------------------|---|-------------------------|---|
| Anglosajón.....   | 1 | Nativo Americano.....   | 5 |
| Latino.....       | 2 | Afro-Americano.....     | 6 |
| Asiático.....     | 3 | Otra (especifique)..... |   |
| Multi-racial..... | 4 |                         |   |

18. ¿Incluyéndose cuántas personas viven en su casa y como son relacionados a usted?

Cantidad de personas en la casa: \_\_\_\_\_

Cantidad que es familia \_\_\_\_\_

Cantidad que son amigos \_\_\_\_\_

Cantidad que son otros \_\_\_\_\_

19. De las personas que viven en su casa ¿cuántos trabajan? (mayores de 18 años)?

Trabajadores: \_\_\_\_\_

20. ¿Esta usted desamparado (¿por falta de vivienda?)

Sí..... 1

No .....2

21. ¿Hay alguna línea de teléfono activa en su hogar?

Sí..... 1

No .....2

22. Es usted:

Hombre..... 1

Mujer .....2

23a. ¿Cual es su primer idioma?

Inglés..... 1

Español .....2

24b. ¿Si Español es su primer idioma, usted domina el Inglés?

Sí..... 1

No .....2

**Muchas gracias por su ayuda!**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Org. Code: \_\_\_\_\_