

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONDADO DE COCHISE

Definición de cuidado de la salud:

- A.) Para el propósito de esta encuesta, la palabra "atención médica" significa cualquier servicio o proveedor de servicios relacionado a la salud **médica/física** o la salud **mental/comportamiento** o el **uso o abuso de sustancias**. Por favor especifique el tipo de servicio en casa respuesta.
- B.) Las respuestas pueden referirse a usted, su hijo o cualquier otra persona que esté bajo su cuidado.

1. DISPONIBILIDAD – ¿Tiene dificultades para encontrar o llegar a servicios de atención médica en el condado de Cochise? (Elija todas las que correspondan)

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			No sé cómo localizar un proveedor de atención médica.
			Los servicios de atención médica en el condado de Cochise no están lo suficientemente cerca de mi hogar.
			Los tipos de servicios que necesito/necesitamos no están disponibles localmente.
Por favor especifique que servicio(s) no están disponibles:			
Otra dificultad (por favor especifique)			

Esta pregunta no aplica a mi

2. ASEQUIBILIDAD – ¿Como paga por la atención médica? (Elija todas las que correspondan)

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			No tengo manera de pagar por los servicios de salud.
			Pago en efectivo por mi atención médica – No tengo seguro médico.
			Seguro médico a través de mi empleador.
			Pago por un seguro médico (por ejemplo, seguro privado, o Affordable Care Act Marketplace)
			Medicaid (ACCCHS)
			Medicare
			Tri-Care
			Administración de Veteranos
			El seguro médico no cubre todos los costos (copagos, deducibles, medicamentos)
			El seguro médico no cubre algunos de los servicios necesarios.
Otros (por favor especifique)			

3. ACCESIBILIDAD – ¿Qué tipos de retrasos experimenta cuando necesita servicios de atención médica? (Elija todo lo que corresponda)

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			Experimentó un retraso en conseguir una cita:
			Con un proveedor de salud médica.
			Con un especialista.
			Con una enfermera para cualquier tipo de atención médica.
			Para una prueba diagnóstica, cirugía o procedimiento.
			Experimento un retraso en:
			Ser admitido para cualquier tipo de tratamiento.
			Obtener cualquier tipo de equipo o dispositivo médico.
			Obtener mi medicina.
			Otro:
			No puedo salir del trabajo para ir a una cita durante las horas regulares de la clínica.
			Los proveedores de salud no siempre aceptan mi seguro médico.

4. ACCESIBILIDAD - ¿Que tanto viaja para obtener su atención médica?

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			0-10 millas
			11-30 millas
			31-60 millas
			61-99 millas
			Más de 100 millas

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONDADO DE COCHISE

Definición de cuidado de la salud:

- A.) Para el propósito de esta encuesta, la palabra “atención médica” significa cualquier servicio o proveedor de servicios relacionado a la salud **medica/física** o la salud **mental/comportamiento** o el **uso o abuso de sustancias**. Por favor especifique el tipo de servicio en casa respuesta.
- B.) Las respuestas pueden referirse a usted, su hijo o cualquier otra persona que esté bajo su cuidado.

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			5. ACCESSIBILIDAD – ¿Como llega a sus citas médicas? (Elija todo lo que corresponda)
			Vehículo personal
			Camión o shuttle
			Taxi/Uber/Lyft
			ViCap o Taxi Medicaid
			Un amigo o un familiar me lleva
			Camino o en bicicleta
			No tengo transportación para ir a mis citas.
Otro (por favor especifique)			

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			6. ACCEPTABILIDAD – ¿Qué tipo de dificultades experimenta al recibir servicios médicos? (Elija todo lo que corresponda)
			El personal de salud no habla mi idioma.
			El personal de salud no me escucha, responde mis preguntas o me incluye en la planificación de mi cuidado.
			Tengo miedo de ir a un proveedor de atención médica o tengo miedo en buscar servicios de salud.
			No creo que los servicios de salud realmente me ayuden.
Otro (por favor especifique)			

Esta pregunta no aplica a mi

Salud Física	Salud Mental	Uso de sustancias	
			7. Al recibir servicios médicos, ¿alguna vez lo trataron de manera injusta, irrespetuosa o le negaron atención médica debido a su: (Elija todo lo que corresponda)
			Edad
			Genero
			Raza/Etnicidad
			Nivel de educación
			Discapacidad física
			Discapacidad intelectual
			Estado de salud mental
			Enfermedad crónica/ condición a largo plazo
			Ingreso/estatus social
			Falta de seguro medico
			Creencias religiosas
			Orientación sexual
			No eh intentado acceder a servicios de salud
Otro (por favor especifique)			

Esta pregunta no aplica a mi

POR FAVOR DIGANOS ALGO SOBRE USTED Y SU FAMILIA:

13. Código Postal donde vive:

--

14. Genero:

	Masculino
	Femenino
	Otro

15. Edad:

	Menor de 18
	18 – 24
	25 – 34
	35 – 44
	45 – 54
	55 – 64
	65 – 74
	75 – 84
	85 +

16. Raza/grupo étnico con el que más se identifica:

	Blanco o Caucásico (no hispano/latino)
	Afroamericano o Negro
	Hispano o Latino
	Asiático o Asiático Americano
	Indio Americano/Nativo de Alaska/Nativo Americano
	Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico
<i>Otro (por favor especifique)</i>	

17. Educación:

	Menos que la preparatoria
	Diploma de preparatoria o GED
	Certificación comercial
	Título universitario de 2 años
	Título universitario de 4 años o mas
<i>Otro (Por favor especifique)</i>	

18. Empleo:

	No tengo trabajo/No estoy trabajando
	Trabajo de medio tiempo
	Múltiples trabajos de medio tiempo
	Trabajo por cuenta propia
	Empleo de tiempo completo / sin beneficios
	Empleo de tiempo completo con beneficios
	Retirado
<i>Otro (Por favor especifique)</i>	

19. Ingreso del hogar:

	Menos de \$20,000
	\$20,000 a \$29,999
	\$30,000 a \$49,999
	\$50,000 a \$75,000
	Mas de \$75,000

20. Vivienda: ¿Dónde vive en este momento?

	Sin hogar
	Vivo en un refugio
	Vivo en un centro: de transición, vivienda asistida, centro de tratamiento o rehabilitación, dormitorio universitario, etc.
	Vivo con amistades o familiares, pero no pago renta
	Vivo con amistades o familiares y pago renta
	Rento mi propio lugar (apartamento o casa)
	Recibo subsidio de vivienda (Sección 8 u otros fonos de HUD)
	Poseo mi propia casa con hipoteca
	Poseo mi propia casa libre de hipoteca

21. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

--