



Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad de Maine

Encuesta estatal 2024

La Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad de Maine es una colaboración entre Central Maine Healthcare, MaineGeneral, MaineHealth, Northern Light Health, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Maine y la Asociación de Acción Comunitaria de Maine.

Sobre la encuesta

Por favor, ayúdenos respondiendo esta breve encuesta. Hay 40 preguntas en la encuesta y le tomará unos 10 minutos responderlas. Nuestro objetivo es conocer los recursos locales y las fortalezas de su comunidad, así como la salud y el bienestar de las personas que viven en ella.

Sus respuestas a la encuesta se mantendrán anónimas y no se compartirán con nadie fuera de nuestro equipo de investigación.

Sorteos de premios

Para agradecerle por tomarse el tiempo de hacer esta encuesta, tendrá la opción de participar en un sorteo. Diez (10) personas seleccionadas al azar ganarán una tarjeta de regalo de \$ 100. La información de contacto que comparta para participar en el sorteo se mantendrá separada de las respuestas de su encuesta.

Nota: Los empleados y los miembros de la Junta de las organizaciones de acción comunitaria, los socios del sistema de salud y el MeCDC no son elegibles para ganar una tarjeta de regalo. Las tarjetas de regalo solo se enviarán por correo y no como una tarjeta electrónica.

Cronograma para completar la encuesta

La encuesta se cerrará a las 5:00 pm EST el viernes 28 de junio de 2024.

¿Tiene alguna pregunta?

Envíe sus preguntas a info@mainechna.org.

La encuesta comienza aquí

1. ¿En qué condado vive?

- Androscoggin
- Aroostook
- Cumberland
- Franklin
- Hancock
- Kennebec
- Knox
- Lincoln
- Oxford
- Penobscot
- Piscataquis
- Sagadahoc
- Somerset
- Waldo
- Washington
- York

2. ¿En qué ciudad vive?

Salud comunitaria

3. ¿Cómo calificaría **la salud general y el bienestar de la comunidad donde vive**?
- Muy saludable (casi todos a su alrededor parecen muy saludables)
 - Saludable (la mayoría de las personas a su alrededor parecen saludables)
 - Poco saludable (algunas personas a su alrededor parecen enfermas o poco saludables)
 - Muy insalubre (la mayoría de las personas a su alrededor parecen enfermas o poco saludables)
4. Cuando **piensa en la comunidad donde vive**, ¿cuál de las siguientes **fortalezas** le viene a la cabeza? (Seleccione las que correspondan).
- Acceso a alimentos asequibles y de calidad
 - Ambiente saludable
 - Aceras limpias y pasos libres de basura
 - Población diversa, incluidas personas de todas las capacidades
 - Oportunidades seguras para estar activo al aire libre
 - Vecindarios seguros
 - Delincuencia baja
 - Fuerte sentido de identidad comunitaria
 - Se habla una variedad de idiomas
 - Disponibilidad de viviendas asequibles y de calidad
 - Disponibilidad de guarderías asequibles y de calidad
 - Bancos e instituciones financieras
 - Empresas de propiedad local
 - Clínicas comunitarias de salud mental o conductual
 - Organizaciones religiosas
 - Agencias de servicios sociales y humanos
 - Hospitales
 - Clínicas de salud y consultorios médicos
 - Disponibilidad de empleo
 - Economía saludable
 - Escuelas y educación para todas las edades
 - Otro (especifique):
-

5. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que son **preocupaciones sociales** importantes que afectan negativamente a la comunidad donde vive? (elija hasta 5)

- Acceso a proveedores de atención primaria
 - Cuidado infantil
 - Discriminación (por motivos de raza, etnia, idioma, género, orientación sexual, capacidad, etc.)
 - Oportunidades de formación
 - Oportunidades laborales
 - Medio ambiente (espacios públicos y parques, calidad del agua y del aire, condiciones de las aceras, basura, etc.)
 - Personas sin hogar
 - Inseguridad habitacional
 - Aislamiento o falta de conexiones sociales
 - Falta de participación de la comunidad (participación en organizaciones o gobiernos locales, votación, etc.)
 - Ingresos bajos y pobreza
 - Ausencias escolares
 - Retrasos en el aprendizaje social y emocional
 - Falta de transporte
 - Índices de violencia y delincuencia
 - Alimentos asequibles y de calidad
 - Otro (especifique):
-

6. ¿Cuál de las siguientes opciones cree que son **problemas de salud** importantes que afectan negativamente a la comunidad donde vive? (elija hasta 5)
- Problemas de salud relacionados con el envejecimiento (artritis, osteoporosis, demencia, Alzheimer, etc.)
 - Cáncer
 - Salud de los niños
 - Salud dental y bucal
 - Diabetes
 - Discapacidad física
 - Discapacidad cognitiva
 - Consumo de sustancias (alcohol, cannabis, medicamentos recetados, drogas ilegales, etc.)
 - Enfermedades del corazón (hipertensión, colesterol alto, entre otros)
 - Tasas de inmunización (sarampión, polio, tétanos, etc.)
 - Enfermedades infecciosas (neumonía, gripe, hepatitis C, COVID, etc.)
 - Lesiones (accidentes automovilísticos, caídas, conmociones cerebrales, etc.)
 - Problemas de salud mental (ansiedad, depresión, suicidio, etc.)
 - Obesidad
 - Problemas respiratorios (asma, EPOC, enfisema, etc.)
 - Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, clamidia, etc.)
 - Consumo de tabaco o nicotina (cigarrillos, cigarros, vapeadores, nicotina masticable, bolsas de nicotina, etc.)
 - Problemas de salud para las personas que se identifican como mujeres (salud prenatal/materna, salud reproductiva, etc.)
 - Otro (especifique):
-

Problemas de salud

7. ¿Cómo calificaría su propia salud **física**?
- Excelente (me siento saludable casi todos los días)
 - Bien (me siento saludable la mayoría de los días)
 - Normal (tengo algunos problemas de salud, pero me siento saludable algunos días)
 - Mal (no me siento saludable la mayor parte del tiempo)
8. En el último año (365 días), ¿hubo 1 o más ocasiones en las que usted o un ser querido necesitaron servicios de **atención médica** pero **no pudieron** o **decidieron no** recibirlos?
- Sí (responda la pregunta 9)
 - No (salte a la página siguiente)
9. En caso afirmativo, ¿qué le impidió recibir atención cuando la necesitaba? (Seleccione todas las opciones que correspondan)
- No tenía seguro médico
 - Tenía seguro médico, no podía pagar la atención
 - Los proveedores/hospitales no aceptaban mi seguro médico
 - No tenía cuidado infantil
 - No estoy seguro de a dónde acudir en busca de ayuda
 - Es difícil obtener tiempo libre del trabajo
 - No podía recibir atención en las noches o durante los fines de semana
 - No me sentía cómodo con los proveedores disponibles
 - Los proveedores no hablaban mi idioma
 - Me preocupaba mi condición migratoria
 - No había transporte
 - No me sentía cómodo buscando ayuda
 - Me preocupaba que otros se enteraran
 - Largos tiempos de espera para ver a un proveedor
 - Otro (especifique):
-

Problemas de salud mental

10. ¿Cómo calificaría su propia salud **mental** ?

- Excelente (casi todos los días son buenos)
- Bien (tengo en su mayoría días buenos)
- Normal (tengo días buenos y días difíciles)
- Mal (la mayoría de los días son difíciles)

11. En el último año (365 días), ¿hubo 1 o más ocasiones en las que usted o un ser querido necesitaron servicios de **atención de salud mental** pero **no pudieron** o **decidieron no** recibirlos?

- Sí (responda la pregunta 12)
- No (salte a la página siguiente)

12. En caso afirmativo, ¿qué le impidió recibir **atención de salud mental** cuando la necesitó?
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No tenía seguro médico
 - Tenía seguro médico, no podía pagar la atención
 - Los proveedores/hospitales no aceptaban mi seguro médico
 - No tenía cuidado infantil
 - No estoy seguro de a dónde acudir en busca de ayuda
 - Es difícil obtener tiempo libre del trabajo
 - No podía recibir atención en las noches o durante los fines de semana
 - No me sentía cómodo con los proveedores disponibles
 - Los proveedores no hablaban mi idioma
 - Me preocupaba mi condición migratoria
 - No había transporte
 - No me sentía cómodo buscando ayuda
 - Me preocupaba que otros se enteraran
 - Largos tiempos de espera para ver a un proveedor
 - Otro (especifique):
-

Cada una de las siguientes páginas se centra en un tema que puede afectarlo negativamente a usted, a su familia o a su comunidad.

13. En la tabla a continuación, marque si hay **afecciones de salud crónicas (cáncer, hipertensión, enfermedades cardíacas, colesterol alto, etc.)** que lo afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona 1 o más o "No lo sé", complete la pregunta 14 a continuación.

Si selecciona "No tiene ningún impacto" o "No corresponde", salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Enfermedades crónicas						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 14	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 14	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 14	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 14	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

14. Marque la casilla si alguna de las siguientes **afecciones de salud crónicas (cáncer, hipertensión, enfermedades cardíacas, colesterol alto, etc.)** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive (seleccione todas las opciones que correspondan).

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Asma, EPOC, o enfisema						
Artritis						
Cáncer						
Diabetes o azúcar alto en sangre						
Enfermedad cardíaca o un ataque al corazón						
Colesterol alto						
Presión arterial alta / Hipertensión						
Sobrepeso/obesidad						
Accidente cerebrovascular						
Enfermedad hepática crónica/cirrosis						

15. En la tabla a continuación, marque la casilla si hay **necesidades de salud mental** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más** o "**No lo sé**", complete la pregunta 16 a continuación.

Si selecciona "**No tiene ningún impacto**" o "**No corresponde**", salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Necesidades de salud mental						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 16	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 16	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 16	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 16	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

16. Marque la casilla si alguna de las siguientes **necesidades de salud mental** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (seleccione todas las opciones que correspondan)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Trastorno de ansiedad o de pánico						
Trastorno bipolar						
Depresión						
Trastorno por trauma o estrés postraumático (TEPT)						
Estrés general del día a día						
Aislamiento social o soledad						
Estigma asociado con la búsqueda de atención para la salud mental o los trastornos por consumo de sustancias						
Pensamientos y/o conductas suicidas						
Salud mental juvenil						

17. En la tabla a continuación, marque la casilla en caso de que el **uso de dicha sustancia le afecte negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más o "No lo sé"** , complete la pregunta 18 a continuación.

Si selecciona **"No tiene ningún impacto" o "No corresponde"** , salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Uso de sustancias						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 18	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 18	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 18	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 18	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

18. Marque la casilla si alguna de las siguientes **sustancias** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (Seleccione todas las opciones que apliquen)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Uso indebido de alcohol o consumo excesivo de alcohol						
Uso indebido de opioides						
Consumo de tabaco (cigarrillos, cigarros, masticable, etc.)						
Vapear (también llamados cigarrillos electrónicos)						
Consumo de cannabis (marihuana) por parte de adultos						
Uso de otras drogas ilícitas						
Uso de sustancias por parte de los jóvenes						

19. En la tabla a continuación, marque la casilla si existen **necesidades de vivienda** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más o "No lo sé"**, complete la pregunta 20 a continuación.

Si selecciona **"No tiene ningún impacto" o "No corresponde"**, salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Necesidades habitacionales						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 20	CONTINÚE CON LA PREGUNTA A 20	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 20	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 20	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

20. Marque la casilla si alguna de las siguientes **necesidades de vivienda** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (Seleccione todas las opciones que apliquen)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Costo de la vivienda						
Disponibilidad de viviendas/alquileres asequibles y de calidad						
Disponibilidad de viviendas asequibles y de calidad para adultos mayores o personas con necesidades especiales						
Problemas asociados con la propiedad o el alquiler de la vivienda (pagos de hipotecas/alquileres, impuestos, desalojos, etc.)						
Riesgos para la salud en los hogares (aire interior, residuos de humo de tabaco, plagas, plomo, moho, etc.)						
Falta de vivienda y/o disponibilidad de camas en el refugio						
Costo de los servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.)						
Costos asociados con la climatización (aislante, eficiencia energética, etc.)						

21. En la tabla a continuación, marque la casilla si hay **necesidades de transporte** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más** o "**No lo sé**", complete la pregunta 22 a continuación.

Si selecciona "**No tiene ningún impacto**" o "**No corresponde**", salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Necesidades de transporte						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 22	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 22	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 22	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 22	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

22. Marque la casilla si alguna de las siguientes **necesidades de transporte** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (seleccione todas las opciones que correspondan)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Acceso al transporte (para citas médicas, trabajo, necesidades básicas, cuidado de niños, etc.)						
Disponibilidad de transporte público (autobuses, trenes, viajes compartidos, taxis, etc.)						
Disponibilidad de transporte que satisfaga una variedad de necesidades específicas (adultos mayores, necesidades físicas o cognitivas)						
Costos asociados con la propiedad y el mantenimiento de un vehículo (seguro, registro, reparaciones, etc.)						

23. En la tabla a continuación, marque la casilla si hay **necesidades económicas** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más o "No lo sé"**, complete la pregunta 24 a continuación.

Si selecciona **"No tiene ningún impacto" o "No corresponde"**, salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Necesidades económicas						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 24	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 24	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 24	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 24	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

24. Marque la casilla si alguna de las siguientes **necesidades económicas** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (Seleccione todas las opciones que apliquen)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Disponibilidad de oportunidades educativas de calidad						
Disponibilidad de empleos y oportunidades de empleo						
Disponibilidad de Internet de alta velocidad						
Disponibilidad de cuidado infantil de calidad y asequible						
Capacidad para contribuir al ahorro, la jubilación, etc.						
Acceso a alimentos asequibles y de calidad						

25. En la tabla a continuación, marque la casilla si hay **preocupaciones medioambientales** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más o "No lo sé"**, complete la pregunta 26 a continuación.

Si selecciona **"No tiene ningún impacto" o "No corresponde"**, salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Preocupaciones medioambientales						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 26	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 26	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 26	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 26	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

26. Marque la casilla si alguna de las siguientes **preocupaciones medioambientales** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (Seleccione todas las opciones que apliquen)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Calidad del aire						
Calidad del agua						
Contaminación por PFAS ("químicos permanentes")						
Eventos climáticos extremos (huracanes, inundaciones, etc.)						
Acceso a parques y espacios verdes para la recreación						

27. En la tabla a continuación, marque la casilla si hay **necesidades de seguridad pública** que lo **afecten negativamente a usted, a un ser querido o a su comunidad** (seleccione todas las opciones que correspondan).

Si selecciona **1 o más o "No lo sé"**, complete la pregunta 28 a continuación.

Si selecciona **"No tiene ningún impacto" o "No corresponde"**, salte a la página siguiente.

TEMA	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Necesidades de seguridad pública						
	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 28	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 28	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 28	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA	CONTINÚE CON LA PREGUNTA 28	SALTAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

28. Marque la casilla si alguna de las siguientes **necesidades de seguridad pública** lo afecta negativamente a usted, a un ser querido o a la comunidad donde vive. (Seleccione todas las opciones que apliquen)

	Me impacta	Afecta a un ser querido	Impacta en mi comunidad	No afecta de ningún modo	No lo sé	No aplica
Seguridad para peatones (a pie) o bicicletas						
Delito contra la propiedad						
Violencia comunitaria (pandillas, armas, delitos callejeros)						
Violencia entre personas (doméstica, sexual, acoso escolar)						
Racismo						
Discriminación por motivos de raza, etnia, género, LGBTQIA+, edad, capacidad, etc.						

29. ¿Qué otros problemas de salud o sociales, no enumerados anteriormente, lo afectan a usted, a su familia o a la comunidad donde vive? Enumere ejemplos.

Empoderamiento socioeconómico

30. Usando una marca de verificación en las casillas, califique los siguientes elementos en función de lo que crea que es un paso necesario para ayudar a sacar a las personas de la pobreza y a un lugar de estabilidad de vivienda y estabilidad financiera.

	1 Innecesario	2 Algo necesario	3 Necesario	4 Muy necesario	No lo sé
Trabajos que pagan lo suficiente para mantener un salario digno					
Reducción en el uso de sustancias (drogas, alcohol)					
Vivienda asequible y segura					
Apoyos para padres (apoyo familiar, clases para padres, etc.)					
Ley de salud mental (atención y tratamiento)					
Reducción del racismo o la discriminación					
Transporte confiable					
Ley de salud asequible y disponible					
Disponibilidad de dentistas					
Guarderías económicas y de calidad					
Reducción en las tasas de embarazo en la adolescencia					
Oportunidades educativas de calidad (universidad, escuela de oficios o escuela técnica)					
Reforma de la asistencia pública					
Bajas tasas de delincuencia					
Otro: _____					

Información demográfica

En esta sección hay preguntas sobre sus características demográficas. Esta información nos ayuda a comprender a las personas que completaron la encuesta. Todas las preguntas son opcionales y no se utilizarán para identificar a un encuestado.

31. ¿Qué edad tiene?

- Menos de 18 años
- De 18 a 24 años
- De 25 a 34 años
- De 35 a 44 años
- De 45 a 54 años
- De 55 a 64 años
- De 65 a 74 años
- De 75 a 84 años
- Más de 85 años
- Prefiero no decirlo

32. Incluyéndose a usted ¿cuántas personas viven en su hogar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 o más
- Prefiero no decirlo

33. ¿Cuáles son los ingresos anuales de su familia?

- Menos de \$15,000
- Entre \$15,000 y \$24,999
- Entre \$25,000 y \$34,999
- Entre \$35,000 y \$ 44,999
- Entre \$45,000 y \$54,999
- Entre \$55,000 y \$64,999
- Entre \$65,000 y \$74,999
- Entre \$75,000 y \$84,999
- Entre \$85,000 y \$99,999
- Entre \$100,000 y \$149,999
- Entre \$150,000 y \$199,999
- Más de \$200,000
- Prefiero no decirlo

34. ¿Cuál le identifica mejor? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Indio americano / Nativo de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Hispano o latino/a/x
- Del Medio Oriente o del Norte de África.
- Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico
- Blanco
- Me identifico como: _____
- Prefiero no decirlo

35. Se identifica como:

- Queer/No conforme a las normas de género
- Hombre
- No binario
- Hombre transgénero
- Mujer transgénero
- Mujer
- Me identifico como: _____
- Prefiero no decirlo

36. ¿Se identifica como miembro de la comunidad LGBTQIA2s +?

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo

37. ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

- No asistió a la escuela
- Algo de la escuela secundaria, no se graduó
- Diploma de escuela secundaria o equivalente
- Algo de estudio universitario, sin título
- Programa de certificación profesional/Escuela técnica o de oficios
- Título de Asociado
- Licenciatura
- Título de grado o profesional (maestría, doctorado, doctor en medicina, etc.)
- Prefiero no decirlo

38. ¿Es usted un veterano?

- Sí
- No
- Prefiero no decirlo

39. Seleccione todas las opciones que se apliquen a su caso (seleccione todas las opciones que se apliquen):

- Soy ciego o tengo problemas para ver incluso cuando uso gafas
- Soy sordo o tengo problemas de audición
- Tengo dificultades para hacer recados solo, como visitar el consultorio de un médico o ir de compras
- Tengo serias dificultades en mi vida diaria causadas por: estado de ánimo, sentimientos intensos, controlar mis impulsos o a veces escucho, veo, o siento algo que otros a mi alrededor no sienten o ven ni escuchan.
- Me cuesta mucho aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de mi edad pueden aprender
- Tengo problemas para concentrarme, recordar o tomar decisiones debido a una condición física, mental o emocional.
- Tengo problemas para vestirme, bañarme o ducharme
- Tengo problemas para caminar o subir escaleras.
- Tengo una discapacidad o condición médica no descrita por ninguna de las condiciones anteriores (especifique): _____
- Prefiero no decirlo
- Ninguno de los anteriores

40. ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?

- Inquilino
- Propietario
- Vivo con familiares o seres queridos
- No tengo vivienda o tengo vivienda inestable
- Otra (favor de especificar): _____
- Prefiero no decirlo

Fin de la encuesta

Gracias por completar la encuesta de la comunidad sobre las necesidades de salud de la comunidad de Maine. Apreciamos mucho su tiempo y valoramos las ideas que compartió con nosotros. Al completar la encuesta, puede participar en un sorteo para ganar una tarjeta de regalo de \$100. Si desea participar en el sorteo, ingrese su información de contacto a continuación. Su información de contacto se mantendrá separada de las respuestas de su encuesta.

Envíenos un correo electrónico si tiene alguna pregunta: info@mainechna.org

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____