



## Warren County Health Department Community Survey

Welcome to the Warren County Community Health Survey! The information collected in this survey is completely anonymous and will allow community organizations across our county to better understand the health needs in our community. What we hear from you will be used to understand and improve health for everyone in Warren County. Please tell us about the issues you feel are most important in our community.

In this survey, “community” refers to the people in major areas where you live, shop, play, work, and get services.

You must be 18 years old or older and live in Warren County to complete this survey. Your participation in this brief survey is completely voluntary. Survey results will be available and shared broadly in the community within the next year. The responses that you provide will remain anonymous and will not be attributed to you individually in any way.

If you have any questions, please contact Warren County Health Department by email at [mross@co.warren.nj.us](mailto:mross@co.warren.nj.us) . Visit [Warren County Health Department](http://www.warrencountynj.gov) or [www.warrencountynj.gov](http://www.warrencountynj.gov) for local community data and information on our community health assessment process. Thank you very much for your input and your time!

### I. Please answer a few questions about yourself so that we can see how different types of people feel about local health issues.

\*1. In what municipality do you live? **Please select one.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Allamuchy Township     | <input type="radio"/> Knowlton Township     |
| <input type="radio"/> Alpha Borough          | <input type="radio"/> Liberty Township      |
| <input type="radio"/> Belvidere, Town of     | <input type="radio"/> Lopatcong Township    |
| <input type="radio"/> Blirstown Township     | <input type="radio"/> Mansfield Township    |
| <input type="radio"/> Franklin Township      | <input type="radio"/> Oxford Township       |
| <input type="radio"/> Frelinghuysen Township | <input type="radio"/> Phillipsburg, Town of |
| <input type="radio"/> Greenwich Township     | <input type="radio"/> Pohatcong Township    |
| <input type="radio"/> Hackettstown, Town of  | <input type="radio"/> Washington Borough    |
| <input type="radio"/> Harmony Township       | <input type="radio"/> Washington Township   |
| <input type="radio"/> Hope Township          | <input type="radio"/> White Township        |
| <input type="radio"/> Independence Township  |   |

\*2. What is your 5-digit zip-code? \_\_\_\_\_

3. Which of the following best describes you? **Select all that apply.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> American Indian or Alaska Native | <input type="radio"/> Latino/Hispanic        |
| <input type="radio"/> Asian                            | <input type="radio"/> Pacific Islander       |
| <input type="radio"/> Black or African American        | <input type="radio"/> White                  |
|  | <input type="radio"/> Other (please specify) |
-

4. What is your age? **Select one.**

- 18-20
- 21-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- 75-84
- 85 or older
- Prefer not to answer

5. How do you best describe your current gender identity? **Select all that apply.**

- Man
- Woman
- Transgender
- Gender non-conforming
- Self-describe. Please write here:

---

Prefer not to answer.

6. What is the highest level of education you have completed? **Select one.**

- Did not attend school
- Less than 9<sup>th</sup> Grade
- Some High School, No Diploma
- High School Graduate, Diploma or the equivalent (GED)
- Associate Degree
- Bachelor's Degree
- Master's Degree
- Professional Degree
- Doctorate Degree

7. How much total combined money did all members of your household earn in the previous year? **Select one.**

- Less than \$15,000
- \$15,000 to \$24,999
- \$25,000 to \$34,999
- \$35,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$74,999
- \$75,000 to \$99,999
- \$100,000 to \$124,999
- \$125,000 +
- Prefer not to answer

8. What language do you mainly speak at home? **Select one.**

- Speak English
- Speak Spanish
- Speak Asian / Pacific Islander Language
- Speak Indo-European Language
- Speak other language (please specify) \_\_\_\_\_

9. Do you identify with any of the following statements? **Select all that apply.**

- I have a disability
- I am active-duty military
- I am retired military
- I am a Veteran
- I am an immigrant or refugee
- Prefer not to answer
- I do not identify with any of these

10. Including yourself, how many people currently live in your household?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 or more (please specify number) \_\_\_\_\_

**II. In this survey, “community” refers to the major areas where you live, shop, play, work, and get services.**

11. How would you rate your community as a healthy place to live? **Select one.**

- Very unhealthy
- Unhealthy
- Somewhat healthy
- Healthy
- Very healthy

**\*12.** In the following list, what do you think are the three most important “health problems” in your community? (Those problems that have the greatest impact on overall community health.)

**Select up to 3.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Access to care services (doctors available nearby, wait times, services available nearby, takes insurance) | <input type="checkbox"/> Maternal and infant health   | <input type="checkbox"/> Quality of health care services available                   |
| <input type="checkbox"/> Adolescent health  | <input type="checkbox"/> Men’s health (ex. prostate exam, prostate health)                        | <input type="checkbox"/> Respiratory/lung diseases (asthma, COPD, etc.)              |
| <input type="checkbox"/> Alcohol and drug use   | <input type="checkbox"/> Mental health and mental disorders (anxiety, depression, suicide)        | <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases/infections (STDs/STIs)        |
| <input type="checkbox"/> Auto immune diseases (Multiple Sclerosis, Crohn's disease, etc.)   | <input type="checkbox"/> Nutrition and healthy Eating   | <input type="checkbox"/> Teen and adolescent health                                  |
| <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Older adults (hearing/vision loss, arthritis, etc.)                      | <input type="checkbox"/> Tobacco use (including e-cigarettes, chewing tobacco, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Children's health  | <input type="checkbox"/> Oral health and access to dentistry services (dentists available nearby) | <input type="checkbox"/> Weight status (Individuals who are overweight or obese)     |
| <input type="checkbox"/> Chronic pain   | <input type="checkbox"/> People living with disabilities  | <input type="checkbox"/> Women’s health (ex. mammogram, pap exam)                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Physical activity  | <input type="checkbox"/> Other (please specify)                                      |
| <input type="checkbox"/> Family planning services (birth control)   |   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Heart disease and stroke   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Injury and violence  |   |  |

**\*13.** In your opinion, which of the following would you most like to see improved in your community?  
**Select up to 3.**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Access to higher education (2-year or 4-year degrees)                  | <input type="checkbox"/> Economy and job availability                      | <input type="checkbox"/> Neighborhood safety   |
| <input type="checkbox"/> Accessible structures for those with disabilities                      | <input type="checkbox"/> Education and schools (Pre-K to 12th grade)       | <input type="checkbox"/> Support for those with physical/emotional trauma                  |
| <input type="checkbox"/> Ability to access safe parks and walking paths                         | <input type="checkbox"/> Emergency preparedness                            | <input type="checkbox"/> Safe air and water quality  |
| <input type="checkbox"/> Bike lanes   | <input type="checkbox"/> Inequity in jobs, health, housing, etc.           | <input type="checkbox"/> Safe housing  |
| <input type="checkbox"/> Crime/crime prevention   | <input type="checkbox"/> Food insecurity or hunger                         | <input type="checkbox"/> Services for adults 65+   |
| <input type="checkbox"/> Discrimination or inequity based on race/ethnicity, gender, age, sex   | <input type="checkbox"/> Healthy eating (restaurants, stores, or markets)  | <input type="checkbox"/> Isolation/feeling lonely  |
| <input type="checkbox"/> Domestic violence and abuse (intimate partner, family, or child abuse) | <input type="checkbox"/> Homelessness and unstable housing                 | <input type="checkbox"/> Support for families with children (childcare, parenting support) |
|   | <input type="checkbox"/> Injury prevention (traffic safety, and accidents) | <input type="checkbox"/> Transportation (bus, Uber, Lyft, etc.)                            |
|   |  | <input type="checkbox"/> Other (please specify)  |
- 

14. Below are some statements about health care services in your community. Please rate how much you agree or disagree with each statement. **Select an option for your response in each row below.**

	Strongly Agree	Agree	Feel Neutral	Disagree	Strongly Disagree
There are good quality health care services in my community.					
There are affordable health care services in my community.					
I am connected to a primary care doctor or health clinic that I am happy with					
I can access the health care services that I need within a reasonable time frame and distance from my home or work					
I feel like I can advocate for my health care (I feel heard and seen by my health care provider)					
I know where to find the health care resources or information I need when I need them					
Individuals in my community can access healthcare services regardless of race, gender, sexual orientation, immigration status, etc.					

15. Where do you get most of your health information? **Select all that apply.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Community organization/agency | <input type="checkbox"/> Library                      |
| <input type="checkbox"/> Doctor or healthcare provider | <input type="checkbox"/> Newspaper/Magazine           |
| <input type="checkbox"/> Facebook or Twitter           | <input type="checkbox"/> Radio                        |
| <input type="checkbox"/> Other social media            | <input type="checkbox"/> Church or church group       |
| <input type="checkbox"/> Family or friends             | <input type="checkbox"/> School or college            |
| <input type="checkbox"/> Health Department             | <input type="checkbox"/> TV                           |
| <input type="checkbox"/> Hospital                      | <input type="checkbox"/> Workplace                    |
| <input type="checkbox"/> Internet                      | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____ |

16. How would you rate your own personal health in the past 12 months? **Select one.**

- Very Unhealthy
- Unhealthy
- Somewhat Healthy
- Healthy
- Very Healthy

17. Which type(s) of health plan(s) do you use to pay for your health care services? **Select all that apply.**

- Medicaid
- Medicare
- Insurance through an employer
- Insurance through the Health Insurance Marketplace/Obama Care/Affordable Care Act (ACA)
- Private Insurance I pay for myself (HMO/PPO)
- Indian Health Services
- Veteran's Administration
- COBRA
- I pay out of pocket/cash
- No health coverage/insurance
- Some other way (please specify) \_\_\_\_\_

18. If you did not receive health care services in the last 12 months, **select all that apply.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cost - too expensive/can't pay                                      | <input type="checkbox"/> Limited access due to COVID-19 closures  |
| <input type="checkbox"/> No insurance  | <input type="checkbox"/> Cultural reasons   |
| <input type="checkbox"/> Insurance not accepted  | <input type="checkbox"/> Religious reasons  |
| <input type="checkbox"/> Lack of personal transportation                                     | <input type="checkbox"/> Lack of trust in healthcare services and/or providers  |
| <input type="checkbox"/> Lack of transportation due to bus schedule and/or drop-off location | <input type="checkbox"/> Previous negative experience receiving care or services  |
| <input type="checkbox"/> Hours of operation did not fit my schedule                          | <input type="checkbox"/> Lack of providers that I identify with (race, ethnicity, gender) or have training specific to my needs |
| <input type="checkbox"/> Childcare was not available   | <input type="checkbox"/> Does not apply   |
| <input type="checkbox"/> Wait is too long  | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____   |
| <input type="checkbox"/> No doctor is nearby   |   |
| <input type="checkbox"/> I did not know where to go  |   |
| <input type="checkbox"/> Office/service/program has limited access                           |   |
| <input type="checkbox"/> Language barrier  |   |

19. In the past 12 months, was there a time you needed or considered seeking mental health services but did not receive services? **Select all that apply.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cost - too expensive/can't pay                                      | <input type="checkbox"/> I worried that others would judge me   |
| <input type="checkbox"/> No insurance  | <input type="checkbox"/> Language barrier   |
| <input type="checkbox"/> Insurance not accepted  | <input type="checkbox"/> Cultural reasons   |
| <input type="checkbox"/> Lack of personal transportation                                     | <input type="checkbox"/> Religious reasons  |
| <input type="checkbox"/> Lack of transportation due to bus schedule and/or drop-off location | <input type="checkbox"/> Lack of trust in healthcare services and/or providers  |
| <input type="checkbox"/> Hours of operation did not fit my schedule                          | <input type="checkbox"/> Previous negative experience receiving care or services  |
| <input type="checkbox"/> Childcare was not available   | <input type="checkbox"/> Lack of providers that I identify with (race, ethnicity, gender) or have training specific to my needs |
| <input type="checkbox"/> Wait is too long  | <input type="checkbox"/> Does not apply   |
| <input type="checkbox"/> No doctor is nearby   | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____   |
| <input type="checkbox"/> I did not know where to go  |   |
| <input type="checkbox"/> Office/service/program has limited access                           |   |
| <input type="checkbox"/> Limited access due to COVID-19 closures                             |   |
| <input type="checkbox"/> I did not know how treatment would work                             |   |

20. In the past 12 months, was there a time that you needed or considered seeking alcohol/substance use treatment but did not get services? **Select all that apply.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cost - too expensive/can't pay                                      | <input type="checkbox"/> Language barrier   |
| <input type="checkbox"/> No insurance  | <input type="checkbox"/> Cultural reasons   |
| <input type="checkbox"/> Insurance not accepted  | <input type="checkbox"/> Religious reasons  |
| <input type="checkbox"/> Lack of personal transportation                                     | <input type="checkbox"/> Lack of trust in healthcare services and/or providers  |
| <input type="checkbox"/> Lack of transportation due to bus schedule and/or drop-off location | <input type="checkbox"/> Previous negative experience receiving care or services  |
| <input type="checkbox"/> Hours of operation did not fit my schedule                          | <input type="checkbox"/> Lack of providers that I identify with (race, ethnicity, gender) or have training specific to my needs |
| <input type="checkbox"/> Childcare was not available   | <input type="checkbox"/> Does not apply   |
| <input type="checkbox"/> Wait is too long  | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____   |
| <input type="checkbox"/> No doctor is nearby   |   |
| <input type="checkbox"/> I did not know where to go  |   |
| <input type="checkbox"/> Office/service/program has limited access                           |   |
| <input type="checkbox"/> Limited access due to COVID-19 closures                             |   |
| <input type="checkbox"/> I did not know how treatment would work                             |   |
| <input type="checkbox"/> I worried that others would judge me                                |   |

21. In the past 12 months, did you go to a hospital Emergency Department? **Select one.**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 or more

22. What were the main reasons that you went to the Emergency Department instead of a doctor's office or clinic? **Select all that apply.**

- After clinic hours/weekend
- I don't have a regular doctor/clinic
- I don't have health insurance
- I feel more comfortable accessing my care in the ED instead of at a doctor's office or clinic
- Concerns about cost or co-pays
- Emergency/Life-threatening situation
- Long wait for an appointment with my regular doctor
- Needed food, shelter, or other resources
- My doctor (or another provider) told me to go
- Other (please specify) \_\_\_\_\_

23. Is your primary care doctor within 30 minutes of where you live?

- Yes
- No
- I do not have a primary care doctor
- I do not go to the doctors office for regular check ups

24. Is there enough health care services for maternal, infant and children within the county?

- Yes
- No
- I don't know

25. How many children (under age 18) currently live in your home? **Select one.**

- None
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 or more

26. Below are some statements about employment and education in your community. Please rate how much you agree or disagree with each statement. **Place an X for your response in each row below.**

	Strongly Agree	Agree	Feel Neutral	Disagree	Strongly Disagree
There are job trainings or employment resources for those who need them					
There are resources for individuals in my community to start a business (financing, training, real estate, etc.)					
Childcare (daycare/pre- school) resources are affordable and available for those who need them					
The K-12 schools in my community are well funded and provide good quality education					
Our local University/Community College provides quality education at an affordable cost					

27. Which is your current employment status? **Select all that apply.**

- Employed, working full-time
- Employed, working part-time
- Not working by choice
- Out of work, looking for work
- Out of work, but NOT currently looking for work
- Unable to work
- A student
- Retired

28. Do any of the following reasons make it difficult for you to find or keep a job? **Select any that apply.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Attending school   | <input type="checkbox"/> Positive drug test/drug screen                  |
| <input type="checkbox"/> Available jobs do not pay a wage that allows me to care for myself and my family | <input type="checkbox"/> Criminal history                                |
| <input type="checkbox"/> Cannot find childcare  | <input type="checkbox"/> Under 18 years old                              |
| <input type="checkbox"/> Cost of childcare is too high  | <input type="checkbox"/> Have not received my high school diploma or GED |
| <input type="checkbox"/> Care giver for a family member   | <input type="checkbox"/> Physically disabled                             |
| <input type="checkbox"/> Full time work is too much   | <input type="checkbox"/> Disabled  |
| <input type="checkbox"/> Part time work is not enough   | <input type="checkbox"/> I did not have a fair chance to get a job       |
| <input type="checkbox"/> Furloughed or temporarily unemployed   | <input type="checkbox"/> Unable to work from home                        |
| <input type="checkbox"/> Shifts do not work with my schedule  | <input type="checkbox"/> Does not apply                                  |
| <input type="checkbox"/> Lack of transportation   | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____                    |



29. Below are some statements about housing, transportation, and safety in your community. Please rate how much you agree or disagree with each statement. **Place an X for your response in each row below.**

	Strongly Agree	Agree	Feel Neutral	Disagree	Strongly Disagree
There are affordable places to live in my community					
Streets in my community are typically clean and buildings are well maintained					
I feel safe in my own neighborhood					
Crime is not a major issue in my neighborhood					
There is a feeling of trust in Law Enforcement in my community					
Transportation is easy to get to if I need it					

30. What transportation do you use most often to go places? **Select one.**

- Drive my own car
- Someone drives me
- Walk
- Ride a bicycle
- Ride a motorcycle or scooter
- Take a bus
- Take a taxi or ride share service (Uber/Lyft)
- Use medical transportation/specialty van transport
- Use senior transportation
- Someone drives me
- Other (please specify)\_\_\_\_\_

31. Which of the following categories best reflects your current living situation? **Select one.**

- Live alone in a home (house, apartment, condo, trailer, etc.)
- Live in a home with another person such as a partner, sibling(s), or roommate(s)
- Live in a home that includes a spouse or partner AND a child/children under age 25
- Live in a multi-generational home (home includes grandparents or adult children age 25+)
- Live in a home with more than one family (more than one family lives in the home)
- Live in an assisted living facility or adult foster care
- Long-term care/nursing home
- Temporarily staying with a relative or friend
- Staying in a shelter or are homeless (living on the street)
- Living in a tent, and /or recreational vehicle (RV)
- Hotel/motel (long-term stay)
- Other (please specify)\_\_\_\_\_

32. What, if any, issues do you have with your current housing situation? **Select all that apply.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eviction concerns (prior, current, or potential)     | <input type="checkbox"/> Too run down or unhealthy environment (ex. mold, lead) |
| <input type="checkbox"/> Current housing is temporary, need permanent housing | <input type="checkbox"/> Too small /crowded, problems with other people         |
| <input type="checkbox"/> Mortgage is too expensive                            | <input type="checkbox"/> Unsafe, high crime                                     |
| <input type="checkbox"/> Need assisted living or long-term care               | <input type="checkbox"/> None of the above                                      |
| <input type="checkbox"/> Rent/facility is too expensive                       | <input type="checkbox"/> Does not apply   |
| <input type="checkbox"/> Too far from town/services                           | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____                           |

33. Below are some statements about access to food and resources in your community. Please rate how much you agree or disagree with each statement. **Place an X for your response in each row below.**

	Strongly Agree	Agree	Feel Neutral	Disagree	Strongly Disagree
I am able to prepare my own food					
I can get to a grocery store when I need food or other household supplies					
Affordable healthy food options are easy to purchase at nearby corner stores, grocery stores or farmer's markets					
In my neighborhood it is easy to grow/harvest and eat fresh food from a home garden					
Local restaurants serve healthy food options					
We have good parks and recreational facilities					
There are good sidewalks or trails for walking safely					
It is easy for people to get around regardless of abilities					
Air and water quality are safe in my community					

34. In the past 12 months, did you worry about whether your food would run out before you got money to buy more? **Select one.**

- Often
- Sometimes
- Never

35. In the past 12 months, did you or someone living in your home receive emergency food from a church, a food pantry, or a food bank, or eat in a soup kitchen? **Select one.**

- Often
- Sometimes
- Never

**IV. During this time, we understand that COVID-19 has impacted everyone’s lives, directly and indirectly. We would like to know how these events have impacted you and your household to better understand how our community has been affected overall.**

36. We know the COVID-19 pandemic is challenging in many ways. Please select from the following list the issues that are the biggest challenge for your household right now. **Select all that apply.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Access to basic medical care   | <input type="checkbox"/> Feeling alone/isolated, not being able to socialize with other people   | <input type="checkbox"/> Lack of skills to use technology to communicate, access virtual school, or work remotely from home |
| <input type="checkbox"/> Access to emergency medical services   | <input type="checkbox"/> Feeling nervous, anxious, or on edge  | <input type="checkbox"/> Not being able to exercise   |
| <input type="checkbox"/> Access to prescription medications   | <input type="checkbox"/> Household members not getting along   | <input type="checkbox"/> Not knowing when the pandemic will end/not be feeling in control                                   |
| <input type="checkbox"/> A shortage of food   | <input type="checkbox"/> Household member(s) have or have had COVID-19 or COVID-like symptoms (fever, shortness of breath, dry cough)  | <input type="checkbox"/> Options for childcare services/lack of childcare support   |
| <input type="checkbox"/> A shortage of healthy food   | <input type="checkbox"/> Lack of technology to communicate with people outside of my household, access virtual school, or work remotely from home (e.g. internet access, computer, tablet, etc.) | <input type="checkbox"/> Unable to find work  |
| <input type="checkbox"/> A shortage of sanitation and cleaning supplies (e.g., toilet paper, disinfectants, etc.) |  | <input type="checkbox"/> None of the following apply  |
| <input type="checkbox"/> Challenges for my children attending school (in person or virtually)                     |  | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____   |
| <input type="checkbox"/> Experience housing challenges or homelessness  |  |   |

37. If you have not received the Covid-19 Vaccination, what reasons contributed to your decision? **Select all that apply.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I have just not scheduled my appointment                  | <input type="checkbox"/> Cultural or religious reasons                            |
| <input type="checkbox"/> Uncertain about the safety or side-effects of the vaccine | <input type="checkbox"/> Lack of trust in healthcare services and/or providers    |
| <input type="checkbox"/> Challenges getting a vaccine appointment                  |   |
| <input type="checkbox"/> Not able to take off work for an appointment              | <input type="checkbox"/> Previous negative experience receiving care or services  |
| <input type="checkbox"/> Lack of transportation                                    | <input type="checkbox"/> I do not believe the vaccine is safe for me              |
| <input type="checkbox"/> Hours of operation did not fit my schedule                | <input type="checkbox"/> I have a pre-existing condition that makes me ineligible |
| <input type="checkbox"/> Language barrier  | <input type="checkbox"/> I am not vaccinated                                      |
| <input type="checkbox"/> No vaccine site is nearby                                 | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____                             |
| <input type="checkbox"/> Wait is too long  |   |
| <input type="checkbox"/> I am worried that others would judge me                   |   |

38. In your day-to-day life how often have any of the following things happened to you?

	<b>At least once a week</b>	<b>A few times a month</b>	<b>A few times a year</b>	<b>Never</b>
You are treated with less courtesy or respect than other people	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
You receive poorer service than other people at restaurants or stores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
People act as if they think you are not smart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
People act as if they are afraid of you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
You are threatened or harassed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
People criticized your accent or the way you speak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. What do you think are the main reasons for these experiences happening in your day to day life?  
**(Choose all that apply)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Your ancestry or national origins             | <input type="checkbox"/> Your gender                      |
| <input type="checkbox"/> Your race                                     | <input type="checkbox"/> Your age                         |
| <input type="checkbox"/> Your religion                                 | <input type="checkbox"/> Your height                      |
| <input type="checkbox"/> Your weight                                   | <input type="checkbox"/> Your sexual orientation          |
| <input type="checkbox"/> Some other aspect of your physical appearance | <input type="checkbox"/> A physical disability            |
| <input type="checkbox"/> Your education or income level                | <input type="checkbox"/> I have not had these experiences |

## V. ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES

The final question is about ACEs, adverse childhood experiences, which happened during your childhood. This information will allow us to better understand how problems that may occur early in life can have a health impact later in life. This is a sensitive topic, and some people may feel uncomfortable with these questions. If you prefer not to answer these questions, you may skip them.

40. From the list of events below, please check the box next to events you experienced BEFORE the age of 18. **(Choose all that apply)**

- Lived with anyone who was depressed, mentally ill, or suicidal
- Lived with anyone who engages in unhealthy/hazardous alcohol use or with an alcohol use disorder
- Lived with anyone who used illegal street drugs or who misused prescription medications
- Lived with anyone who served time in prison, jail, or other correctional facility
- Parents were separated or divorced
- Parents or adults experienced physical harm (slap, hit, kick, etc.)
- Parent or adult physically harmed you (slap, hit, kick, etc.)
- Parent or adult verbally harmed you (swear, insult, or put down)
- Adult or anyone at least 5 years older touched you sexually
- Adult or anyone at least 5 years older made you touch them sexually
- Adult or anyone at least 5 years older forced you to have sex
- Does not apply

***Thank you for taking the time to participate in this community survey. Your feedback and insight are vital as we work to improve and address issues impacting our community's health.***

***END OF SURVEY***



## Encuesta comunitaria del Departamento de Salud del Condado de Warren

Bienvenido a la encuesta de salud comunitaria del condado de Warren. La información recopilada en esta encuesta es completamente anónima y permitirá a las organizaciones comunitarias de nuestro condado comprender mejor las necesidades de salud de nuestra comunidad. La información que obtengamos de usted se utilizará para comprender y mejorar la salud de todos en el condado de Warren. Por favor, cuéntenos sobre los temas que cree que son más importantes en nuestra comunidad.

En esta encuesta, el término “comunidad” se refiere a las personas en las principales zonas donde usted vive, compra, juega, trabaja y obtiene servicios.

Debe tener 18 años o más y vivir en el condado de Warren para completar esta encuesta. Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Calculamos que le llevará 10 minutos completarla. Los resultados de la encuesta estarán disponibles y se compartirán de forma generalizada en la comunidad durante el próximo año. Las respuestas que proporcione serán anónimas y no se le atribuirán individualmente de ninguna manera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Salud del Condado de Warren por correo electrónico a [mross@co.warren.nj.us](mailto:mross@co.warren.nj.us). Visite el [Departamento de Salud del Condado de Warren](#) o [www.warrencountynj.gov](http://www.warrencountynj.gov) para obtener datos de la comunidad local e información sobre nuestro proceso de evaluación de salud comunitaria. Muchas gracias por su contribución y su tiempo.

### I. Responda algunas preguntas sobre usted para que podamos saber qué opinan los diferentes tipos de personas sobre los asuntos de salud local.

\*1. ¿En qué municipio vive? **Por favor, seleccione uno.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Municipio de Allamuchy     | <input type="radio"/> Municipio de Knowlton   |
| <input type="radio"/> Distrito de Alpha          | <input type="radio"/> Municipio de Liberty    |
| <input type="radio"/> Belvidere, Ciudad de       | <input type="radio"/> Municipio de Lopatcong  |
| <input type="radio"/> Municipio de Blairstown    | <input type="radio"/> Municipio de Mansfield  |
| <input type="radio"/> Municipio de Franklin      | <input type="radio"/> Municipio de Oxford     |
| <input type="radio"/> Municipio de Frelinghuysen | <input type="radio"/> Phillipsburg, Ciudad de |
| <input type="radio"/> Municipio de Greenwich     | <input type="radio"/> Municipio de Pohatcong  |
| <input type="radio"/> Hackettstown, Ciudad de    | <input type="radio"/> Distrito de Washington  |
| <input type="radio"/> Municipio de Harmony       | <input type="radio"/> Municipio de Washington |
| <input type="radio"/> Municipio de Hope          | <input type="radio"/> Municipio de White      |
| <input type="radio"/> Municipio de Independence  |   |

\*2. ¿Cuál es su código postal de 5 dígitos? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="radio"/> Isleño del Pacífico |
| <input type="radio"/> Asiático                              | <input type="radio"/> Blanco              |
| <input type="radio"/> Negro o afroamericano                 | <input type="radio"/> Otro (especifique)  |
| <input type="radio"/> Latino/Hispano                        | _____                                     |

4. ¿Qué edad tiene? **Seleccione una opción.**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="radio"/> 18-20 | <input type="radio"/> 55-64                 |
| <input type="radio"/> 21-24 | <input type="radio"/> 65-74                 |
| <input type="radio"/> 25-34 | <input type="radio"/> 75-84                 |
| <input type="radio"/> 35-44 | <input type="radio"/> 85 años o más         |
| <input type="radio"/> 45-54 | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |

5. ¿Cuál es la mejor manera de describir su identidad de género actual? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- No conforme con el género
- Autodescribirse. Por favor escriba aquí:

---

Prefiero no contestar.

6. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? **Seleccione una opción.**

- No asistió a la escuela
- Menos del 9.º grado
- Algunos estudios secundarios, sin diploma
- Graduado de la escuela secundaria, con diploma o equivalente (GED)
- Grado universitario intermedio
- Título de grado
- Maestría
- Título profesional
- Doctorado

7. ¿Cuánto dinero en total ganaron todos los miembros de su hogar en el año anterior? **Seleccione una opción.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Menos de \$15 000   | <input type="radio"/> \$75 000 a \$99 999   |
| <input type="radio"/> \$15 000 a \$24 999 | <input type="radio"/> \$100 000 a \$124 999 |
| <input type="radio"/> \$25 000 a \$34 999 | <input type="radio"/> \$125 000 +           |
| <input type="radio"/> \$35 000 a \$49 999 | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |
| <input type="radio"/> \$50 000 a \$74 999 |   |

8. ¿Qué idioma habla principalmente en su hogar? **Seleccione una opción.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Habla inglés                                       | <input type="radio"/> Habla un idioma indoeuropeo |
| <input type="radio"/> Habla español                                      | <input type="radio"/> Habla otro idioma           |
| <input type="radio"/> Habla un idioma asiático/de las islas del Pacífico | (especifique)_____                                |

9. ¿Se identifica con alguna de las siguientes afirmaciones? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad         | <input type="checkbox"/> Soy inmigrante o refugiado            |
| <input type="checkbox"/> Soy militar en servicio activo | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                 |
| <input type="checkbox"/> Soy militar retirado           | <input type="checkbox"/> No me identifico con ninguno de estos |
| <input type="checkbox"/> Soy un veterano                |  |

10. Con usted incluido, ¿cuántas personas viven actualmente en su hogar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más (especifique un número) \_\_\_\_\_

**II. En esta encuesta, el término “comunidad” se refiere a las principales zonas donde vive, compra, juega, trabaja y obtiene servicios.**

11. ¿Cómo calificaría a su comunidad en cuanto a un lugar saludable para vivir? **Seleccione una opción.**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Muy poco saludable | <input type="radio"/> Saludable     |
| <input type="radio"/> Poco saludable     | <input type="radio"/> Muy saludable |
| <input type="radio"/> Algo saludable     |                                     |

**\*12.** En la siguiente lista, ¿cuáles cree que son los tres “problemas de salud” más importantes en su comunidad? (Aquellos problemas que tienen mayor impacto en la salud general de la comunidad.)

**Esta pregunta requiere un selección de tres (3) opciones.**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso a servicios de atención (médicos disponibles cerca, tiempos de espera, servicios disponibles cerca, que acepten seguros) | <input type="checkbox"/> Salud maternoinfantil  | <input type="checkbox"/> Calidad de los servicios de atención médica disponibles                                   |
| <input type="checkbox"/> Salud de los adolescentes   | <input type="checkbox"/> Salud del hombre (por ejemplo, examen de próstata, salud de la próstata) | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias/pulmonares (asma, EPOC, etc.)                                  |
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y drogas   | <input type="checkbox"/> Salud mental y trastornos mentales (ansiedad, depresión, suicidio)       | <input type="checkbox"/> Enfermedades/infecciones de transmisión sexual (ETS/ITS)                                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes (esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn, etc.)   | <input type="checkbox"/> Nutrición y alimentación saludable                                       | <input type="checkbox"/> Salud de jóvenes y adolescentes   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Adultos mayores (pérdida de audición/visión, artritis, etc.)             | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco (incluidos los cigarrillos electrónicos, el tabaco para masticar, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Salud infantil  | <input type="checkbox"/> Salud oral y acceso a servicios de odontología                           | <input type="checkbox"/> Estado de peso (personas con sobrepeso u obesidad)  |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de planificación familiar (métodos anticonceptivos)   |   |  |



- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular | (odontólogos disponibles cerca)                      | <input type="checkbox"/> Salud de la mujer (por ejemplo: mamografía, examen de Papanicolaou) |
| <input type="checkbox"/> Lesiones y violencia                            | <input type="checkbox"/> Personas con discapacidades | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Actividad física            |  |

**\*13. En su opinión, ¿cuál de los siguientes aspectos le gustaría más que se mejorara en su comunidad? Seleccione hasta 3 opciones.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a la educación superior (títulos de 2 o 4 años)                         | <input type="checkbox"/> Economía y disponibilidad de empleo                       | <input type="checkbox"/> Seguridad en el vecindario                                     |
| <input type="checkbox"/> Estructuras accesibles para las personas con discapacidades                    | <input type="checkbox"/> Educación y escuelas (de preescolar a 12.º grado)         | <input type="checkbox"/> Apoyo para aquellos con traumas físicos/emocionales            |
| <input type="checkbox"/> Posibilidad de acceder a parques seguros y senderos para caminar               | <input type="checkbox"/> Preparación ante emergencias                              | <input type="checkbox"/> Calidad segura del aire y del agua                             |
| <input type="checkbox"/> Carriles para bicicletas   | <input type="checkbox"/> Inequidad en el empleo, salud, vivienda, etc.             | <input type="checkbox"/> Vivienda segura  |
| <input type="checkbox"/> Delito/prevenición del delito  | <input type="checkbox"/> Inseguridad alimentaria o hambre                          | <input type="checkbox"/> Servicios para adultos 65+                                     |
| <input type="checkbox"/> Discriminación o desigualdad por motivos de raza/etnia, género, edad o sexo    | <input type="checkbox"/> Alimentación saludable (restaurantes, tiendas o mercados) | <input type="checkbox"/> Aislamiento/sentimiento de soledad                             |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica y abuso (abuso de la pareja, de la familia o de los niños) | <input type="checkbox"/> Personas sin hogar y viviendas inestables                 | <input type="checkbox"/> Apoyo a las familias con hijos (guardería, apoyo a la crianza) |
|   | <input type="checkbox"/> Prevención de lesiones (seguridad vial y accidentes)      | <input type="checkbox"/> Transporte (autobús, Uber, Lyft, etc.)                         |
|   |  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                                       |

14. A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre los servicios de atención médica en su comunidad. Califique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. **Seleccione una opción para su respuesta en cada fila a continuación.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Hay servicios de atención médica de buena calidad en mi comunidad.					
Hay servicios de atención médica asequibles en mi comunidad.					
Estoy en contacto con un médico de atención primaria o a una clínica de salud con la que estoy conforme.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Puedo acceder a los servicios de atención médica que necesito en un plazo y a una distancia razonables de mi casa o trabajo.					
Siento que puedo abogar por mi atención médica (siento que mi proveedor de atención médica me escucha y me presta atención).					
Sé dónde encontrar los recursos médicos o la información sobre atención médica que necesito cuando los necesito.					
Las personas de mi comunidad pueden acceder a los servicios de atención médica independientemente de su raza, género, orientación sexual, condición de inmigrante, etc.					

15. ¿De dónde obtiene la mayor parte de la información sobre salud? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Organización/agencia comunitaria      | <input type="checkbox"/> Biblioteca                |
| <input type="checkbox"/> Médico o proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Periódico/revista         |
| <input type="checkbox"/> Facebook o Twitter                    | <input type="checkbox"/> Radio                     |
| <input type="checkbox"/> Otras redes sociales                  | <input type="checkbox"/> Iglesia o grupo religioso |
| <input type="checkbox"/> Familiares o amigos                   | <input type="checkbox"/> Escuela o colegio         |
| <input type="checkbox"/> Departamento de salud                 | <input type="checkbox"/> Televisión                |
| <input type="checkbox"/> Hospital                              | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo          |
| <input type="checkbox"/> Internet                              | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |

16. ¿Cómo calificaría su propia salud personal en los últimos 12 meses? **Seleccione una opción.**

- Muy poco saludable
- Poco saludable
- Algo saludable
- Saludable
- Muy saludable

17. ¿Qué tipo de plan(es) de salud utiliza para pagar sus servicios de atención médica? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Medicaid
- Medicare
- Seguro a través de un empleador

- Seguro a través del mercado de seguros de salud/Obama Care/Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)
- Seguro privado que pago por mí mismo (HMO/PPO)
- Indian Health Service
- Administración de Veteranos
- COBRA
- Pago de bolsillo/en efectivo
- Sin cobertura de salud/seguro
- Otra manera (especifique) \_\_\_\_\_

18. Si no recibió servicios de atención médica en los últimos 12 meses, **seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Costo: demasiado costoso/no puedo pagarlo  | <input type="checkbox"/> Barrera idiomática  |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro   | <input type="checkbox"/> Acceso limitado debido a los cierres por COVID-19   |
| <input type="checkbox"/> No se aceptó el seguro   | <input type="checkbox"/> Razones culturales  |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte personal   | <input type="checkbox"/> Razones religiosas  |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte debido a los horarios de los autobuses o a la ubicación de destino | <input type="checkbox"/> Falta de confianza en los servicios o los proveedores de atención médica  |
| <input type="checkbox"/> El horario de atención no se ajustaba a mis horarios                                   | <input type="checkbox"/> Experiencia anterior negativa al recibir atención o servicios   |
| <input type="checkbox"/> El cuidado de los niños no estaba disponible   | <input type="checkbox"/> Falta de proveedores con los que me identifique (raza, etnia, género) o que tengan capacitación específica para mis necesidades |
| <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga   | <input type="checkbox"/> No aplica   |
| <input type="checkbox"/> No hay ningún médico cerca   | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> No sabía a dónde ir  |  |
| <input type="checkbox"/> El consultorio, servicio o programa tiene acceso limitado                              |  |

19. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó o pensó en buscar servicios de salud mental pero no pudo acceder a ellos? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Costo: demasiado costoso/no puedo pagarlo  | <input type="checkbox"/> No sabía a dónde ir  |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro   | <input type="checkbox"/> El consultorio, servicio o programa tiene acceso limitado                |
| <input type="checkbox"/> No se aceptó el seguro   | <input type="checkbox"/> Acceso limitado debido a los cierres por COVID-19                        |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte personal   | <input type="checkbox"/> No sabía cómo funcionaría el tratamiento                                 |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte debido a los horarios de los autobuses o a la ubicación de destino | <input type="checkbox"/> Me preocupaba que los demás me juzgaran                                  |
| <input type="checkbox"/> El horario de atención no se ajustaba a mis horarios                                   | <input type="checkbox"/> Barrera idiomática   |
| <input type="checkbox"/> El cuidado de los niños no estaba disponible   | <input type="checkbox"/> Razones culturales   |
| <input type="checkbox"/> La espera es demasiado larga   | <input type="checkbox"/> Razones religiosas   |
| <input type="checkbox"/> No hay ningún médico cerca   | <input type="checkbox"/> Falta de confianza en los servicios o los proveedores de atención médica |

Experiencia anterior negativa al recibir atención o servicios  
 Falta de proveedores con los que me identifique (raza, etnia, género) o que

tengan capacitación específica para mis necesidades  
 No aplica  
 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

20. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó o pensó en buscar tratamiento contra el alcoholismo o el consumo de sustancias, pero no pudo acceder a ellos? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

Costo: demasiado costoso/no puedo pagarlo  
 Sin seguro  
 No se aceptó el seguro  
 Falta de transporte personal  
 Falta de transporte debido a los horarios de los autobuses o a la ubicación de destino  
 El horario de atención no se ajustaba a mis horarios  
 El cuidado de los niños no estaba disponible  
 La espera es demasiado larga  
 No hay ningún médico cerca  
 No sabía a dónde ir  
 El consultorio, servicio o programa tiene acceso limitado  
 Acceso limitado debido a los cierres por COVID-19

No sabía cómo funcionaría el tratamiento  
 Me preocupaba que los demás me juzgaran  
 Barrera idiomática  
 Razones culturales  
 Razones religiosas  
 Falta de confianza en los servicios o los proveedores de atención médica  
 Experiencia anterior negativa al recibir atención o servicios  
 Falta de proveedores con los que me identifique (raza, etnia, género) o que tengan capacitación específica para mis necesidades  
 No aplica  
 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

21. En los últimos 12 meses, ¿acudió a un departamento de urgencias (Emergency Department) de un hospital? **Seleccione una opción.**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

22. ¿Cuáles fueron las principales razones por las que acudió al departamento de urgencias en lugar de ir al consultorio médico o a la clínica? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

Fuera del horario de la clínica/fin de semana  
 No tengo un médico o una clínica habitual  
 No tengo seguro médico  
 Me resulta más cómodo acceder a mi atención médica en el departamento de urgencias en lugar de hacerlo en una consulta médica o clínica  
 Preocupaciones por el costo o los copagos  
 Situación de emergencia o de peligro para la vida

- \_\_\_ Larga espera para conseguir una cita con mi médico habitual
- \_\_\_ Necesitaba comida, refugio u otros recursos
- \_\_\_ Mi médico (u otro proveedor) me dijo que fuera
- \_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

23. ¿Su médico de atención primaria está a menos de 30 minutos de donde vive?

- Sí
- No
- No tengo un médico de atención primaria
- No voy al consultorio del médico para chequeos regulares

24. ¿Hay suficientes servicios de atención médica para la madre, el bebé y los niños dentro del condado?

- Sí
- No
- No sé

25. ¿Cuántos niños (menores de 18 años) viven actualmente en su hogar? **Seleccione una opción.**

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

26. A continuación, se presentan algunas afirmaciones sobre el empleo y la educación en su comunidad. Califique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. **Coloque una X para su respuesta en cada fila a continuación.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Hay capacitaciones laborales o recursos de empleo para quienes los necesitan					
Existen recursos para que las personas de mi comunidad puedan poner en marcha un negocio (financiación, capacitación, bienes inmuebles, etc.)					
Los recursos para el cuidado de los niños (guardería/preescolar) son económicos y están disponibles para quienes los necesitan					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Las escuelas K-12 (preescolar a escuela secundaria) de mi comunidad están bien financiadas y ofrecen una educación de buena calidad					
Nuestra universidad o escuela comunitaria local ofrece una educación de calidad a un costo económico					

27. ¿Cuál es su situación laboral actual? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Con un empleo a tiempo completo
- Con un empleo de tiempo parcial
- No trabajo por elección
- Sin trabajo; estoy buscando trabajo
- Sin trabajo, pero NO busco trabajo actualmente
- No puedo trabajar
- Estudiante
- Jubilado

28. ¿Alguna de las siguientes razones le dificulta encontrar o conservar un empleo? **Seleccione las opciones que correspondan.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia a la escuela  | <input type="checkbox"/> Prueba de drogas/examen de drogas positivo           |
| <input type="checkbox"/> Los trabajos disponibles no pagan un salario que me permita cuidar de mí mismo y de mi familia | <input type="checkbox"/> Antecedentes penales                                 |
| <input type="checkbox"/> No se puede encontrar cuidado de niños   | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años                                     |
| <input type="checkbox"/> El costo del cuidado de niños es demasiado alto  | <input type="checkbox"/> No he recibido mi diploma de secundaria o GED        |
| <input type="checkbox"/> Cuidador de un miembro de la familia   | <input type="checkbox"/> Discapacidad física                                  |
| <input type="checkbox"/> El trabajo a tiempo completo es demasiado  | <input type="checkbox"/> Discapacitado  |
| <input type="checkbox"/> El trabajo a tiempo parcial no es suficiente   | <input type="checkbox"/> No tuve una oportunidad justa de conseguir un empleo |
| <input type="checkbox"/> Suspendido o desempleado temporalmente   | <input type="checkbox"/> No puede trabajar desde casa                         |
| <input type="checkbox"/> Los turnos no se adaptan a mi horario  | <input type="checkbox"/> No aplica  |
| <input type="checkbox"/> Falta de transporte  | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____                            |

29. A continuación, se presentan algunas afirmaciones sobre la vivienda, el transporte y la seguridad en su comunidad. Califique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. **Coloque una X para su respuesta en cada fila a continuación.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Hay lugares económicos para vivir en mi comunidad					
Las calles de mi comunidad suelen estar limpias y los edificios están en buen estado de mantenimiento					
Me siento seguro en mi propio vecindario					
La delincuencia no es un problema importante en mi vecindario					
Hay un sentimiento de confianza en las fuerzas de seguridad en mi comunidad					
El transporte es fácil de conseguir si lo necesito					

30. ¿Qué transporte utiliza con más frecuencia para ir a distintos lugares? **Seleccione una opción.**

- Conduzco mi propio coche
- Alguien me lleva
- Camino
- Ando en bicicleta
- Conduzco una moto o un scooter
- Tomo un autobús
- Tomo un taxi o un servicio de transporte compartido (Uber/Lyft)
- Utilizo el transporte médico/transporte en furgoneta especializada
- Utilizo el transporte de personas mayores
- Alguien me lleva
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_

31. ¿Cuál de las siguientes categorías refleja mejor su situación de vida actual? **Seleccione una opción.**

- Vive solo en una casa (casa, apartamento, condominio, remolque, etc.)
- Vive en un hogar con otra persona, como la pareja, hermanos o compañeros de piso
- Vive en un hogar que incluye un cónyuge o pareja Y un hijo o hijos menores de 25 años
- Vive en un hogar multigeneracional (el hogar incluye abuelos o hijos adultos mayores de 25 años)
- Vive en un hogar con más de una familia (más de una familia vive en el hogar)
- Vive en una residencia asistida o en un centro de acogida para adultos mayores
- Instalación de cuidados de larga duración/hogar de ancianos
- Se aloja temporalmente en casa de un familiar o amigo
- Se encuentra en un refugio o no tiene hogar (vive en la calle)
- Vive en una tienda de campaña o en un vehículo recreativo (RV)
- Hotel/motel (estadía de larga duración)
- Otros (especifique)\_\_\_\_\_

32. ¿Qué problemas tiene, si los hubiera, con su actual situación de vivienda? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Preocupaciones por desalojo (anteriores, actuales o potenciales)
- La vivienda actual es temporal; necesito una vivienda permanente
- La hipoteca es demasiado costosa
- Necesita cuidados de vida asistida o de larga duración
- El alquiler o las instalaciones son demasiado costosos
- Demasiado lejos de la ciudad/servicios
- Ambiente demasiado deteriorado o insalubre (por ejemplo: moho, plomo)
- Demasiado pequeño/problemas de hacinamiento con otras personas
- Inseguro, altos índices de delincuencia
- Ninguna de las opciones anteriores
- No aplica
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

33. A continuación, se presentan algunas afirmaciones sobre el acceso a los alimentos y los recursos en su comunidad. Califique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. **Coloque una X para su respuesta en cada fila a continuación.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Soy capaz de preparar mi propia comida					
Puedo ir a una tienda de comestibles cuando necesito comida u otros suministros para el hogar					
Las opciones de alimentos saludables económicos son fáciles de adquirir en las tiendas de barrio, tiendas de comestibles o mercados agrícolas cercanos.					
En mi barrio es fácil cultivar/cosechar y comer alimentos frescos de un huerto familiar					
Los restaurantes locales ofrecen opciones de comida saludable					
Tenemos buenos parques e instalaciones recreativas					
Hay buenas aceras o senderos para caminar de forma segura					



	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Me siento neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es fácil que la gente se desplace independientemente de sus capacidades					
La calidad del aire y del agua es segura en mi comunidad					

34. En los últimos 12 meses, ¿se preocupó por si su comida se agotaría antes de obtener dinero para comprar más? **Seleccione una opción.**

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

35. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien que vive en su hogar recibió alimentos de emergencia de una iglesia, dispensa de alimentos o banco de alimentos, o comió en un comedor público? **Seleccione una opción.**

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

**IV. Durante este tiempo, entendemos que el COVID-19 ha impactado en la vida de todos, directa e indirectamente. Nos gustaría saber cómo estos acontecimientos le han afectado a usted y a su hogar para comprender mejor cómo se ha visto afectada nuestra comunidad en general.**

36. Sabemos que la pandemia de COVID-19 es un desafío en muchos sentidos. Seleccione de la siguiente lista los problemas que suponen el mayor desafío para su hogar en este momento. **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a la atención médica básica  | <input type="checkbox"/> Sentirse solo/aislado, no poder socializar con otras personas  | <input type="checkbox"/> Falta de habilidades para utilizar la tecnología para comunicarme, acceder a la escuela de forma virtual o trabajar de forma remota desde casa |
| <input type="checkbox"/> Acceso a los servicios médicos de urgencia  | <input type="checkbox"/> Sentir nervios, ansiedad o tensión   | <input type="checkbox"/> No poder hacer ejercicio   |
| <input type="checkbox"/> Acceso a medicamentos recetados   | <input type="checkbox"/> Los miembros del hogar no se llevan bien   | <input type="checkbox"/> No saber cuándo terminará la pandemia/no sentirse en control   |
| <input type="checkbox"/> Escasez de alimentos  | <input type="checkbox"/> Los miembros del hogar tienen o han tenido síntomas de COVID-19 o similares a los del COVID (fiebre, dificultad para respirar, tos seca) | <input type="checkbox"/> Opciones de servicios de cuidado de niños/falta de apoyo al cuidado de niños   |
| <input type="checkbox"/> Escasez de alimentos saludables   | <input type="checkbox"/> Falta de tecnología para comunicarme con personas fuera de mi hogar, acceder a   | <input type="checkbox"/> Dificultad para conseguir trabajo  |
| <input type="checkbox"/> Escasez de suministros de higiene y limpieza (por ejemplo, papel higiénico, desinfectantes, etc.) |   |   |
| <input type="checkbox"/> Desafíos para que mis hijos asistan a la escuela  |   |   |

(de forma presencial o virtual) \_\_\_\_\_ Experimentar problemas de vivienda o carecer de ella

la escuela de forma virtual o trabajar de forma remota desde casa (por ejemplo, acceso a Internet, computadora, tableta, etc.)

\_\_\_\_\_ No corresponde ninguna de las siguientes opciones  
 \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

37. Si no ha recibido la vacuna contra el Covid-19, ¿qué razones contribuyeron a su decisión? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- \_\_\_\_\_ Simplemente no he programado mi cita
- \_\_\_\_\_ Incertidumbre sobre la seguridad o los efectos secundarios de la vacuna
- \_\_\_\_\_ Dificultad para conseguir una cita para vacunarse
- \_\_\_\_\_ No poder ausentarse del trabajo para acudir a una cita
- \_\_\_\_\_ Falta de transporte
- \_\_\_\_\_ El horario de atención no se ajustaba a mis horarios
- \_\_\_\_\_ Dificultad para entender el idioma
- \_\_\_\_\_ No hay ningún centro de vacunación cercano
- \_\_\_\_\_ La espera es demasiado larga
- \_\_\_\_\_ Me preocupa que los demás me juzguen
- \_\_\_\_\_ Razones culturales o religiosas
- \_\_\_\_\_ Falta de confianza en los servicios o los proveedores de atención médica
- \_\_\_\_\_ Experiencia anterior negativa al recibir atención o servicios
- \_\_\_\_\_ No creo que la vacuna sea segura para mí
- \_\_\_\_\_ Tengo una enfermedad preexistente que hace que no cumpla con los requisitos
- \_\_\_\_\_ No estoy vacunado
- \_\_\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

38. En su vida cotidiana, ¿con qué frecuencia le ha sucedido alguna de las siguientes cosas?

	Al menos una vez a la semana	Varias veces al mes	Algunas veces al año	Nunca
Se le trata con menos cortesía o respeto que a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibe un peor servicio que otras personas en restaurantes o tiendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gente actúa como si pensara que no es inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gente actúa como si le tuviera miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted es amenazado o acosado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gente criticó su acento o su forma de hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. ¿Cuáles cree que son las principales razones por las que estas experiencias suceden en su día a día? **(Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- Su ascendencia u orígenes nacionales
- Su raza
- Su religión
- Su peso
- Algún otro aspecto de su apariencia física
- Su educación o nivel de ingresos
- Su género
- Su edad
- Su altura
- Su orientación sexual
- Una discapacidad física
- No he tenido estas experiencias

## V. EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

La última pregunta es sobre experiencias adversas en la infancia (ACE) que ocurrieron durante su infancia. Esta información nos permitirá comprender mejor cómo los problemas en las primeras etapas de la vida pueden tener un impacto en la salud más adelante. Este es un tema delicado, y algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Si prefiere no responder a estas preguntas, puede omitirlas.

40. De la lista de eventos a continuación, marque la casilla junto a los eventos que experimentó ANTES de los 18 años. **(Seleccione todas las opciones que correspondan).**

- Vivió con alguien que estaba deprimido, tenía una enfermedad mental o tenía tendencias suicidas.
- Vivió con alguna persona que se involucre en el consumo poco saludable/peligroso de alcohol o con un trastorno por consumo de alcohol
- Vivió con alguna persona que usara drogas ilegales o que usara indebidamente medicamentos recetados.
- Vivió con alguna persona que haya pasado un tiempo en prisión, en la cárcel u otro centro correccional
- Sus padres se separaron o se divorciaron.
- Sus padres u otros adultos experimentaron daño físico (bofetadas, golpes, patadas, etc.).
- Su padre, madre u otra persona adulta lo lastimó físicamente (bofetadas, golpes, patadas, etc.).
- Su padre, madre u otro adulto lo hirió verbalmente (lo maldijo, insultó o menospreció).
- Un adulto o cualquier persona al menos 5 años mayor que usted le tocó alguna parte del cuerpo con intenciones sexuales.
- Un adulto o cualquier persona al menos 5 años mayor hizo que le toque alguna parte del cuerpo con intenciones sexuales.
- Un adulto o cualquier persona al menos 5 años mayor que usted hizo que tuviera sexo con él o ella.
- No aplica

***Gracias por tomarse el tiempo de participar en esta encuesta de la comunidad. Sus comentarios y opiniones son esenciales para mejorar y abordar los problemas que afectan la salud de nuestra comunidad.***

**FIN DE LA ENCUESTA**