

CASE ID FROM SALESFORCE: _____ (double entry)

INTERVENTION BUILDING (check one):

TWO BRIDGES _____

GRAND ST GUILD SW _____

APARTMENT # _____

SURVEYOR / CHW INITIALS _____

DATE _____

START TIME _____

Health + Housing Project
Resident Post Survey / Needs Assessment

Complete for residents who are eligible and have consented to participate

Henry Street Settlement está llevando a cabo esta encuesta a nombre de la Escuela de Medicina NYU para ayudarlos a entender las necesidades de salud de las personas que viven en esta comunidad. Estamos haciendo esto, para así poder desarrollar programas para ayudar a las personas con sus necesidades en cuidado de su salud y servicio social. la información que usted proporcione nos ayudará a desarrollar programas que aborden las necesidades que conoceremos a través de este proceso.

Esta encuesta es voluntaria y confidencial. Nosotros no compartiremos con nadie sus respuestas a cualquier de las preguntas. Usted no está obligado a tomar esta encuesta, también usted puede dejar de contestar las preguntas que no las desee responder.

En agradecimiento a su tiempo, usted recibirá \$20 en efectivo por completar esta encuesta.

INTERVIEWER QUESTION ONLY

A1. *Did resident read and sign consent form?*

☐ Yes ☐ No

****CONTINUE ONLY IF CONSENT=YES****

A2. *Where is this survey being conducted?*

- ☐ Participant's home
☐ Common space in participant's building
☐ Outdoors on building property
☐ Other (SPECIFY) _____

A3. *What language is this survey being conducted in?*

- ☐ English
☐ Spanish
☐ Cantonese
☐ Mandarin
☐ Other (SPECIFY) _____

GENERAL HEALTH STATUS

Primero, tengo algunas preguntas generales acerca de su actual salud física y emocional.

ASK ALL

B1. En general, usted diría que su salud es:

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B2. En general, diría que su calidad de vida es:

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B3. En general, ¿cómo calificaría usted su salud física?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B4. En general, ¿cómo calificaría usted su salud mental, incluido su estado de ánimo y capacidad de pensar?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B5. En general, ¿cómo calificaría usted su satisfacción en sus actividades sociales y relaciones con otras personas?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B6. En general, califique en qué medida puede usted realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como también en sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.).

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mala

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B7. ¿En qué medida usted puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?

- ☐ Completamente
- ☐ En su mayoría
- ☐ Moderadamente
- ☐ Un poco
- ☐ Para nada

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B8. ¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Siempre

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B9. En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?

- ☐ Ninguno
- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Intenso
- ☐ Muy intenso

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B10. En promedio, ¿cómo calificaría su dolor? (Donde 0 es sin dolor y 10 es el peor dolor imaginable). CIRCLE THE RESPONSE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B11. En general, ¿Cuánta confianza tiene usted acerca de su capacidad de cuidar bien su salud?

- ☐ Completamente confiado/a
- ☐ Muy confiado/a
- ☐ Algo confiado/a
- ☐ Un poco confiado/a
- ☐ No confío para en absoluto

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B12. In general, ¿Qué tan saludable es su dieta? Diría usted ...

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Pasable
- ☐ Mal

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B13. Pensando en nutrición... ¿Cuántas porciones de frutas y/o vegetales comió usted **ayer**? Una porción sería igual a una manzana mediana, un puñado de brócoli, o a una taza de zanahorias.

INTERVIEWER: IF RESPONDENT TELLS YOU WHAT FRUITS/VEGETABLES HE/SHE ATE, ADD UP THE SERVINGS AFTER REPEATING THE QUESTION ONCE.

PROBE: Usted comió (REPEAT ALL THE FRUITS AND VEGETABLES RESPONDENT SAID).

Eso suma X porciones. ¿Diría usted que ayer comió X porciones de frutas y vegetales?

_____ NUMBER OF SERVINGS
[RANGE 0 – 50]

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B14. ¿Podría usted decirme si está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación.
En mi barrio hay una gran variedad de frutas y vegetales frescos .
Está usted... ?

- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Muy en desacuerdo

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK ALL

B15. Durante los **últimos 30 días**, fuera del trabajo, ¿participó usted en alguna actividad o ejercicio físico como correr, bailar, jugar al golf, jardinería, yoga, o caminar como ejercicio?

- ☐ Sí
☐ No

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

DEMOGRAPHICS

Ahora tengo algunas preguntas acerca de cosas como su educación, condición de vida y antecedentes.

ASK ALL

C1. ¿Cuál es su grado o nivel más alto de estudios que usted ha completado?

- ☐ Nunca fui a la escuela o sólo asistí al jardín de la infancia
☐ Grados del 1 al 8 (Primaria/Elemental)
☐ Grado 9 al 11 (Parte de la Secundaria)
☐ Grado 12th pero no recibí el diploma
☐ Terminé Secundaria o GED
☐ Estudios Universitarios pero no recibí el diploma

- ☐ Certificado de Estudios Técnico/vocacional
☐ Grado de Asociado
☐ Título de Bachiller
☐ Maestría, Título Profesional, o Doctorado

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

C2. ¿Qué edad tiene usted?

___ ___ ___ YEARS

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

C3. ¿Está usted **actualmente** casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a, soltero/a O conviviente (vive con una pareja)?

READ ALL RESPONSES

- ☐ Casado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Separado/a
- ☐ Soltero/a
- ☐ Conviviente (Viviendo con una pareja)

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C4. ¿En qué país nació usted?

- ☐ Estados Unidos
- ☐ Puerto Rico
- ☐ República Dominicana
- ☐ Cuba
- ☐ Mexico
- ☐ China
- ☐ Other (Specify_____)

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C5. ¿Cuál de lo siguiente describe mejor su actual situación de trabajo? ¿Está usted actualmente ...?

- ☐ Empleado/a
- ☐ Trabajo/a por cuenta propia/
independiente
- ☐ Desempleado/a por un año o más
- ☐ Desempleado/a por menos de un año
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Retirado/a

OR

☐ No puedo trabajar

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C6. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluido usted?

___ PEOPLE

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C7. ¿Cuántos niños menores de 18 viven en su casa?

___ CHILDREN

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C8. ¿Qué idioma se habla en su casa?

☐ Inglés

☐ Español/Castellano

☐ Cantonés

☐ Mandarín

☐ Other (SPECIFY) _____

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C9. ¿Puede usted leer en este idioma?

☐ Sí ☐ No

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

C10. ¿Es usted Hispano o Latino?

☐ Sí ☐ No

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- C11. De estos grupos, ¿cuál o cuales mejor representan su raza? ¿Diría usted: Raza Blanca, Negra o Afro-Americana, Asiática, Nativa Hawaiana u Otro de las Islas del Pacífico Indio-Americano, Nativa de Alaska, Multi-racial, u Otro?

READ ANSWER CHOICES. MAY SELECT MULTIPLE RESPONSE OPTIONS.

- ☐ Blanca
☐ Negra o Afro-Americana
☐ Asiática
☐ Nativa Hawaiana u otro de las Islas del Pacífico
☐ Indio-Americano, Nativa de Alaska
☐ Raza mixta/multi-racial, u
☐ Otra raza
(SPECIFY) _____

☐ NONE

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW/NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- C12. ¿Cuánto es su ingreso familiar al año? Incluya los ingresos de todas las fuentes y de todos los miembros del hogar del año pasado.

- ☐ Sin ingreso anual
☐ Menos de \$10,000
☐ \$10,000 - \$19,999
☐ \$20,000 - \$29,999
☐ \$30,000 - \$39,999
☐ \$40,000 - \$49,999
☐ \$50,000 - \$59,999
☐ \$60,000 - \$69,999
☐ \$70,000 - \$79,999

☐ \$80,000 - \$89,999

☐ \$90,000 - \$99,999

☐ \$100,000 - \$149,999

☐ \$150,000 o más

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- C13. ¿Cómo usted se identifica ...?

- ☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Otro

[DO NOT READ THESE RESPONSES]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

HEALTH CARE ACCESS

El siguiente grupo de preguntas es acerca del seguro de salud que usted podría tener...

Incluya el seguro de salud obtenido a través del trabajo o comprado directamente, así como también de programas del gobierno como Medicare y Medicaid que proporcionan cuidado médico o ayuda a pagar los gastos médicos.

ASK ALL

D1. ¿Tiene usted seguro de salud o algún otro plan de cuidado de salud ?

☐ Sí

☐ No

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK IF HAS HEALTH INSURANCE (D1=YES)

D2. ¿Qué tipo de seguro de salud usa usted para pagar por su visita al médico o gastos de hospital?
Es un seguro a través de:

CODE ALL THAT APPLY

BEGIN READING ANSWER CHOICES

☐ Medicaid o Family Health Plus,
incluyendo Medicaid Managed Care
(Metroplus, Healthfirst, etc)

☐ Medicare

☐ Su empleador

☐ El empleador de alguien más

☐ Un plan que usted o alguien más
compró

☐ Las fuerzas armadas, CHAMPUS,
TriCare, o los VA

☐ COBRA

☐ Otras fuentes

☐ Ninguno

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- D3. ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en los **últimos 6 meses**, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO], para conseguir el cuidado de salud que usted necesitó?

READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY.

¿Ha tenido usted problemas ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> En obtener seguro de salud o cobertura de cuidado de salud? | <input type="radio"/> Con cualquier otra cosa relacionada con la obtención de atención médica que necesitaba? (SPECIFY _____) |
| <input type="radio"/> Encargarse de sus facturas de gastos médicos? | |
| <input type="radio"/> En conseguir cuidado médico económico (a bajo costo)? | <input type="radio"/> NONE OF THESE [DO NOT READ] |
| <input type="radio"/> En conseguir una cita médica? | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| | <input type="radio"/> REFUSED |

ASK IF HAS HEALTH INSURANCE (D1=YES)

- D4. ¿Estuvo usted sin seguro médico en algún momento durante los **últimos 6 meses**, desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO]?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| <input type="radio"/> Yes | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| | | <input type="radio"/> REFUSED |

HEALTH CARE UTILIZATION

Ahora tengo algunas preguntas acerca de su acceso al cuidado de salud.

ASK ALL

- E1. Cuando usted necesita cuidado médico regular, ¿va usted a un consultorio médico privado, clínica de salud, a una sala de emergencia o a algún otro lugar ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Consultorio médico privado | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| <input type="radio"/> Clínica de salud | |
| <input type="radio"/> Sala de emergencias | <input type="radio"/> REFUSED |
| <input type="radio"/> Otro lugar | |

ASK ALL

- E2. ¿Cuál es el nombre del consultorio médico/s o clínica/s que usted visita con más frecuencia para sus chequeos o consejos básicos de cuidado de la salud y sus necesidades?

WRITE IN OR CHECK OFF

- ☐ Gouverneur Health
☐ Betances Health Center
☐ Community Health Care Network
(CHN, 150 Essex)
☐ Charles B Wang Community Health
Center
☐ Henry Street Settlement
☐ New York Presbyterian – Lower
Manhattan (Beekman Downtown)
☐ Bellevue Hospital

- ☐ Beth Israel
☐ Doctor o clínica:

OR

- ☐ NONE
☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

- E3. ¿Tiene usted una o más de una persona que considere como su médico personal o proveedor de cuidado de su salud?

INTERVIEWER PROBE IF "YES," ASK: ¿Tiene usted uno o sólo uno?

- ☐ Sí, sólo uno
☐ Más de uno
☐ No

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSE

ASK IF HAS ONE OR MORE THAN ONE PERSONAL DOCTOR (E3=ONLY ONE OR MORE THAN ONE)

- E4. ¿Ha visitado a su médico personal o proveedor de salud en los **últimos 6 meses**, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO]?

- ☐ Sí ☐ No

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

E5. Durante los **últimos 6 meses**, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO], ¿cuántas veces usted ha visto a un médico u otro profesional de la salud en un consultorio médico, clínica o algún otro lugar? **No incluya** las veces que usted se quedó hospitalizado, visitas a salas de emergencia del hospital, visitas a casa o llamadas telefónicas.

☐ Ninguna

☐ 1

☐ 2 TO 3

☐ 4 TO 5

☐ 6 TO 7

☐ 8 TO 9

☐ 10 TO 12

☐ 13 TO 15

☐ 16 o más

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

E6. Ahora tengo preguntas acerca del acceso al cuidado de su salud en los **últimos 6 meses**, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO]. ¿Hubo alguna vez en los **últimos 6 meses** que usted necesitó cuidado médico y no lo consiguió? El cuidado médico incluye visitas a su médico, exámenes, procedimientos, prescripción de medicinas (recetas médicas) y hospitalización.

☐ Sí

☐ No

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

E7. Ahora me gustaría saber acerca de otros tipos de cuidado médico que usted podría haber necesitado en los **últimos 6 meses**, pero no pudo conseguirlo.

E7	En los últimos 6 meses , ¿hubo un momento en que usted necesitó.....?	Sí	No	DK/NA	R
a	...cuidado de salud mental, pero no pudo conseguirlo?				
b	...cuidado dental, pero no pudo conseguirlo?				
c	...cuidado de la vista, pero no pudo conseguirlo?				
d	...prescripción médica (receta médica), pero no pudo conseguirlo?				

ASK ALL

E8. En general, ¿cómo calificaría usted la calidad en el cuidado de salud que usted recibió en los **últimos 6 meses**?

- ☐ Excelente
☐ Muy Buena
☐ Buena
☐ Pasable
☐ Mala

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

E9. Ahora pensando en los **últimos 12 meses**, es decir desde [SAY DATE ONE YEAR AGO], ¿cuántas veces usted ha sido un paciente en una sala de emergencia?

___ TIMES

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

E10. Nuevamente regresando a los **últimos 12 meses**, desde [SAY DATE ONE YEAR AGO], ¿cuántas veces usted ha sido hospitalizado/a? Es decir, ¿cuántas veces tuvo que pasar la noche en el hospital, incluyendo estadías por cualquier “estado de observación” u hospitalización, sin incluir solo estadía por la noche en la sala de emergencia?

___ TIMES

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

HEALTH CONDITIONS AND MANAGEMENT

Las siguientes son preguntas más específicas acerca de su salud y condiciones físicas que usted podría tener.

ASK ALL

F1. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que usted tiene hipertensión, también llamada presión alta?

- ☐ Sí ☐ No

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

F2. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que su colesterol está elevado?

- ☐ Sí ☐ No ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

F3. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un médico, enfermera u otro proveedor de la salud que usted tiene diabetes?

INTERVIEWER: IF "YES", AND FEMALE ASK: "¿Fue sólo cuando estaba embarazada?"

- ☐ Sí
☐ Sí, sí es mujer y le dijeron sólo durante el embarazo
☐ No
☐ En el límite o pre-diabetes
- ☐ DON'T KNOW/NOT SURE
☐ REFUSED

ASK IF EVER TOLD HAD DIABETES (F3=YES)

F4. Una prueba de hemoglobina "A one C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre de los últimos tres meses. ¿Como cuántas veces en los **últimos 6 meses**, un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho la prueba "A one C"?

____ NUMBER OF TIMES (0-12)

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ NEVER HEARD OF HEMOGLOBIN "A ONE C" TEST
☐ REFUSED

IF NEEDED: Esta prueba es también conocida como Hemoglobina Glycosylated [GLY-CASALATED]

ASK ALL

F5. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que usted tiene asma?

- ☐ Sí ☐ No ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
☐ REFUSED

ASK ALL

F6. ¿En alguna ocasión, le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que usted tiene depresión?

☐ Sí ☐ No

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

F7. En los **últimos 6 meses**, es decir [SAY DATE 6 MONTHS AGO], ¿cuántas veces usted se ha caído? [IF NEEDED: Consideramos una caída, cuando una persona involuntariamente cae al suelo o a otra superficie/nivel bajo].

___ TIMES

☐ NONE

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

F8. ¿Más o menos, cuánto pesa usted en libras, sin zapatos?

_____ libras (RANGE 80-400)

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

F9. ¿Cuánto mide usted, en pies y pulgadas, sin zapatos?

_____ pies (RANGE 3-7)

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

_____ pulgadas (RANGE 0-11)

☐ REFUSED

EMOTIONAL HEALTH AND WELL BEING

Ahora tengo unas preguntas acerca de cómo se ha estado sintiendo en las **últimas dos semanas**.
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?

ASK ALL

G1. Poco interés o placer en hacer cosas

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> NINGUN DIA | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| <input type="radio"/> VARIOS DIAS | <input type="radio"/> REFUSED |
| <input type="radio"/> MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS | |
| <input type="radio"/> CASI TODOS LOS DIAS | |

ASK ALL

G2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> NINGUN DIA | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| <input type="radio"/> VARIOS DIAS | <input type="radio"/> REFUSED |
| <input type="radio"/> MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS | |
| <input type="radio"/> CASI TODOS LOS DIAS | |

ASK ALL

G3. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> NINGUN DIA | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| <input type="radio"/> VARIOS DIAS | <input type="radio"/> REFUSED |
| <input type="radio"/> MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS | |
| <input type="radio"/> CASI TODOS LOS DIAS | |

ASK ALL

G4. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> NINGUN DIA | <input type="radio"/> DON'T KNOW / NOT SURE |
| <input type="radio"/> VARIOS DIAS | <input type="radio"/> REFUSED |
| <input type="radio"/> MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS | |
| <input type="radio"/> CASI TODOS LOS DIAS | |

ASK ALL

G5. ¿Con cuántos de sus amigos o familiares se siente usted tan cercano como para llamarlo/s para pedir ayuda?

READ IF NEEDED:

☐ NINGUNO

☐ UNO

☐ DOS

☐ TRES O CUATRO

☐ DE CINCO A OCHO

☐ NUEVE O MAS

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

SOCIAL SUPPORT

ASK ALL

H1. En la siguiente tengo algunas preguntas acerca de los diferentes tipos de apoyo disponible para usted. Por favor dígame con que frecuencia cada uno de estos tipos de apoyo está disponible para usted cuando lo necesita. Me puede decir si está disponible para usted siempre, casi siempre, algunas veces, raras veces, o en ningún momento.

		En ningún momento	Raras veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	DK	R
H1								
a	Alguien en quién confiar y hablar acerca de sus problemas.							
b	Alguien con quién reunirse para relajarse.							
c	Alguien que le ayude con sus quehaceres diarios si estuviera enferma/o.							
d	Alguien con quién hablar para consejos de cómo lidiar con un problema personal.							
e	Alguien a quién amar y que lo/a haga sentir querido/a.							

HOUSING AND SERVICE NEEDS

Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de su vivienda.

ASK ALL

J0. ¿Cuándo se mudó usted a este edificio? Por favor dígame en qué mes y año.

_____ (MONTH: JAN-DEC) _____ (YEAR: yyyy)

ASK ALL

J1. ¿Alguna de las siguientes condiciones está **actualmente** presente en su vivienda?

CHECK ALL THAT APPLY

J1		Sí	No	DK	R
a	Problemas de plagas como ratas, ratones, cucarachas u otros insectos				
b	Moho				
c	Ventanas rotas o que no se pueden cerrar o abrir				
d	Fregadero/lavadero o baño goteando				
e	Ventanas y techo con goteras (filtraciones)				
f	Estufa o nevera/congelador no funciona				
g	Huecos en las paredes o en el techo, rajaduras más anchas que el borde de una moneda				
h	Huecos en el suelo, suficientemente grandes como para que un pie se quede atrapado				
i	Otro (SPECIFY) _____				

ASK ALL

J2. ¿Se ha contactado con los dueños del edificio en los **últimos 6 meses**, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO], por un problema en su vivienda o edificio?

☐ Sí

☐ No

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK IF CONTACTED PROPERTY MANAGEMENT (J2=YES)

J3. ¿Fue resuelto el problema?

☐ Sí

☐ No

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

J4. ¿Qué tipo de artículos de limpieza usted normalmente usa en su vivienda?

CHECK ALL THAT APPLY

READ ONLY IF NEEDED

☐ Blanqueador

☐ Limiadores líquidos

☐ Amoniaco

☐ Borax

☐ Vinagre

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ Limpiadores en polvo como Comet o

☐ REFUSED

Bon Ami

☐ Other

ASK ALL

J5. ¿Qué usa usted para eliminar las plagas de su vivienda (hormigas, cucarachas, etc.)?

CHECK ALL THAT APPLY

READ ONLY IF NEEDED

☐ Spray Raid o como Raid

☐ Bombas

☐ Trampas

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ Alternativa natural

☐ REFUSED

☐ Nada – ese es trabajo del Super del edificio

☐ Otro

ASK ALL

- J6. **READ:** Tengo algunas preguntas generales acerca de su hogar. Su hogar incluye todas las personas que viven con usted (niños, familiares, amigos). Cuando responda, tenga presente que no hay respuesta correcta o incorrecta. También quiero recordarle que esta encuesta es confidencial, por eso le pedimos que responda honestamente.

READ: Voy a hacerle algunas preguntas acerca de sus gastos esenciales y necesidad de servicios que usted podría haber tenido o no durante los últimos 6 meses, es decir desde [SAY DATE 6 MONTHS AGO].

J6	En los últimos 6 meses, hubo un momento que en su hogar...	S í	N o	D K	R
a	...no pudo pagar la renta a tiempo?				
b	...no pagó la cuenta de gas o electricidad?				
c	...le desconectaron el teléfono o celular por falta de pago?				

ASK ALL

J7	En los últimos 6 meses , hubo un momento en que usted o alguien de su casa...	Sí	No	DK	R
a	...necesitó cupones de alimentos (SNAP) o WIC para poder comprar alimentos pero no pudo obtener estos beneficios?				
b	...necesitó usar un banco de alimentos (food bank) o dispensa de alimentos (food pantry), pero no pudo o no sabía a donde acudir?				
c	...necesitó ropa pero no pudo conseguir?				
d	...no pudo pagar su visita médica, ir al hospital, o pagar sus medicinas?				
e	...necesitó dinero pero no pudo conseguirlo?				
f	...necesitó asistencia legal en asuntos de inmigración o desalojo pero no lo consiguió?				
g	...necesitó que le cuiden a su/s niños pero no pudo encontrar o pagar?				
h	...necesitó ayuda o preparación para conseguir trabajo pero no pudo obtenerlo?				
i	...necesitó asistencia para recibir mas educación, como el GED (Certificado Equivalente a la Escuela Secundaria), mejorar en lectura o aprender Inglés pero no lo pudo conseguir?				
j	...necesitó hacer ejercicios o ir al gimnasio pero no encontró lugares o a costo accesible?				

NUTRITION AND FOOD SECURITY

Ahora tengo algunas preguntas para usted acerca de su situación alimentaria.

ASK ALL

K1. Ahora le voy a leer unas cuantas afirmaciones que algunas personas han hecho acerca de su situación alimentaria. Para estas afirmaciones, por favor dígame si la afirmación fue siempre, algunas veces, o nunca, (usted/su familia) en los **últimos 6 meses**—es decir, desde el último [SAY DATE 6 MONTHS AGO].

INTERVIEWER: USE “I” IF RESIDENT LIVES ALONE, OTHERWISE USE “WE”

K1		Siempre	Algunas veces	Nunca	DK	R
a	La primera afirmación es, “me/nos preocupa si mi/nuestra comida se acaba antes de que reciba/mos dinero para comprar más.”					
b	“La comida que he/hemos comprado no duró, y no tenía/mos dinero para comprar más.”					
c	“No me/nos alcanzaba el dinero para comprar comida balanceada.”					

SMOKING, ALCOHOL, AND DRUG USE

Ahora voy a preguntarle acerca de su uso de cigarrillos, alcohol y drogas.

ASK ALL

L1. ¿Fuma usted cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?

☐ Todos los días

☐ Algunos días

☐ No fuma

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- L2. En los **últimos 12 meses**, es decir desde [SAY DATE 12 MONTHS AGO], ¿tomó usted [4 FOR WOMEN / 5 FOR MEN] o más bebidas en un día?

___ ___ ___ TIMES

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

ASK ALL

- L3. En los **últimos 12 meses**, es decir desde [SAY DATE 12 MONTHS AGO] ¿ha usado usted alguna droga ilegal o un medicamento con prescripción por razones no-médicas?

___ ___ ___ TIMES

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

TECHNOLOGY QUESTIONS

Mis últimas preguntas son acerca del uso de los diferentes tipos de tecnología.

ASK ALL

- M1. ¿Con qué frecuencia usted envía o recibe correo electrónico?

☐ NUNCA

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ A VECES

☐ REFUSED

☐ FRECUENTEMENTE

ASK ALL

- M2. ¿Con qué frecuencia usted envía o recibe mensajes de texto?

☐ NUNCA

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ A VECES

☐ REFUSED

☐ FRECUENTEMENTE

ASK ALL

M3. ¿Con qué frecuencia usted busca información en el internet?

☐ NUNCA

☐ A VECES

☐ FRECUENTEMENTE

☐ DON'T KNOW / NOT SURE

☐ REFUSED

CHW PROGRAM PARTICIPATION QUESTION

Durante el año pasado, hubo un proyecto en su edificio a cargo de Henry Street Settlement y la Escuela de Medicina de NYU, donde un trabajador de salud comunitario - Daniel, Laureen, Rosalie o Stephanie - se reunió con los residentes para establecer metas y ayudarles a cumplir estas metas.

N0. ¿Participó usted en este programa y se reunió con uno de estos trabajadores de salud de la comunidad?

☐ Sí [GO TO SAT1]

☐ No [GO TO N1a]

☐ DON'T KNOW / NOT SURE [GO TO SAT1]

☐ REFUSED

IF RESIDENT PARTICIPATED IN THE CHW PROGRAM OR DOES NOT KNOW/NOT SURE, COMPLETE SATISFACTION SURVEY FIRST (SKIP TO PAGE 28) AND THEN RETURN TO N1a

PARTICIPANT INFORMATION

Por último, sólo necesito su nombre y forma de contactarnos con usted y terminamos.

N1a. ¿Cuál es su nombre? _____

N1b. ¿Cuál es su apellido? _____

N2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

--	--

--	--

--	--	--	--

(MM/DD/YYYY)

N3. Cuáles son los últimos 4 dígitos de su número de seguro social?

____ _

IF RESPONDENT IS RELUCTANT OR REFUSES, OR ASKS WHY WE NEED IT:

Le estamos pidiendo su número de seguro social, para así poder comparar su estadía en sala de emergencia y hospitales antes y después de nuestro Proyecto. Hacemos esto juntando los datos de su encuesta con una base de datos del hospital proporcionada por el Estado de Nueva York para llevar a

cabo esta parte del estudio. Una vez combinados los datos de estas dos fuentes, toda la información que fue usada para identificarlo incluyendo su número de seguro social, será removida de nuestra datos.

N4. ¿Cuál es su número de teléfono?

_____ - _____ - _____

N5. CONFIRM NUMBER

_____ - _____ - _____

IF RESPONDENT IS RELUCTANT OR REFUSES, OR ASKS WHY WE NEED IT:

Para que mi trabajo sea revisado, al coordinador del estudio le gustaría comunicarse con algunas de las personas que yo he entrevistado, para confirmar su participación en esta encuesta. Por favor, ¿le puedo dar su número de teléfono?

ASK ALL

END1. ¿Hay alguien más en su casa de 18 años o más a quién podría yo hablarle acerca de esta encuesta?

- ☐ YES, AND PERSON IS HOME [THANK AND START SCREENER]
- ☐ YES, AND PERSON NOT HOME [GO TO END2]
- ☐ YES, BUT ALREADY TOOK THE SURVEY [THANK AND END]
- ☐ YES, BUT DOES NOT WANT TO TAKE SURVEY [THANK AND END]
- ☐ NO [THANK AND END]

- ☐ DON'T KNOW / NOT SURE
- ☐ REFUSED

ASK IF END1= YES AND PERSON NOT HOME

END2. ¿En qué día/hora es mejor para volver a hablar con él/ella?

CHECK ALL THAT APPLY

☐ MONDAY

☐ TUESDAY

☐ WEDNESDAY

☐ THURSDAY

☐ FRIDAY

☐ SATURDAY

☐ SUNDAY

☐ ANY

ASK IF END1= YES AND PERSON NOT HOME

END3. ¿A qué hora del día es mejor para contactarnos con él/ella?

CHECK ALL THAT APPLY

☐ MORNING

☐ AFTERNOON

☐ EVENING

☐ OTHER

(SPECIFY _____)

¡Gracias por participar en nuestra encuesta!