

# Encuesta sobre el cuidado de la salud



Hace cuatro años, la pandemia de COVID-19 golpeó a nuestra nación... ¡33,000 habitantes de Nueva Jersey perdieron la vida! Una revisión independiente de la respuesta de Nueva Jersey a la emergencia concluyó que el estado no estaba preparado.

¿Cómo te afectó? Responda esta encuesta para ayudarnos a realizar cambios positivos en la forma en que se brindan los servicios de atención médica a las personas con discapacidades en NJ.

¿Necesita ayuda para completar esto? Comuníquese con Luke Koppisch al **732-738-4388**.

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

## Origen étnico

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico                            |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino      | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                       |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio         |  |

**Identidad de género:** \_\_\_\_\_

## Condado

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Middlesex | <input type="checkbox"/> Otro (especifique):<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Somerset  | <input type="checkbox"/> No estoy seguro              |
| <input type="checkbox"/> Unión     |   |

## Discapacidad

*(marque todas las que correspondan)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ciego                 | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo          |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual   | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad motriz   | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva        |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar | <input type="checkbox"/> Otro (especifique):<br>_____ |

**¿Tiene alguna afección de salud crónica?**

Sí

No

No estoy seguro

**Arreglo de vivienda actual**

Solo

Con amigos

Con la familia

Con cuidador remunerado

**Tipo de Residencia**

Casa Particular

Apartamento Privado

Casa de Huéspedes

Casa de Grupo/Apartamento Supervisado

Otro (especifique):  
\_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro médico?**

Sí

No

No estoy seguro

**¿Qué tipo de seguro médico tienes?**

*(marque todo lo que corresponda)*

Privado

Plan patrocinado por el empleador

Medicaid

Medicare

No estoy seguro

Sin cobertura

**¿Tiene un médico de atención primaria?**

Sí

No

No estoy seguro

**Si tiene un médico de atención primaria, ¿qué tan satisfecho está con la calidad de la atención que recibe?**

Muy satisfecho

Satisfecho

Neutral

Descontento

Muy insatisfecho

**¿Sientes que tienes acceso a los especialistas que necesitas?**

Sí

No

No estoy seguro

**En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado problemas de accesibilidad en un entorno de atención médica?**

Sí

No

No estoy seguro

**En caso afirmativo, ¿qué tipo de entorno de atención médica?**

*(marque todo lo que corresponda)*

Farmacia

Consultorio Médico

Hospital

Centro de Atención de Urgencia

Clínica de atención médica

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, ¿qué tipo de problema de accesibilidad experimentó?**

*(marque todo lo que corresponda)*

Acceso físico para entrar, moverse por las instalaciones

Mesas de examen inaccesibles

Instalaciones sanitarias inaccesibles

Sala de espera inaccesible

Área de admisión/recepción inaccesible

Falta de intérpretes de lengua de señas

Materiales escritos inaccesibles

Instrucciones de atención médica que no eran claras o comprensibles

Traducción de idiomas no disponible

El personal fue insensible a mis necesidades

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**¿Los problemas de accesibilidad le han impedido buscar servicios de atención médica en los últimos 12 meses?**

Sí

No

No estoy seguro

**Describa cualquier problema relacionado con la atención médica que haya encontrado durante la pandemia.**

**Además de las áreas de acceso anteriores, ¿hay otras experiencias con las que haya tenido dificultades?**

*(marque todo lo que corresponda)*

Falta de transporte al entorno de atención médica

Necesidad de que alguien te acompañe en la visita

Dificultad para programar citas debido a la inscripción en línea u otros

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**En los últimos 12 meses, ¿ha participado en una visita médica de telesalud (en línea/virtual)?**

Sí

No

No estoy seguro

**En caso afirmativo, ¿quedó satisfecho con la visita de telesalud?**

Muy satisfecho

Neutral

Muy insatisfecho

Satisfecho

Descontento

**En caso afirmativo, ¿encontró algún problema de accesibilidad con las visitas de telesalud?**

Sí

No

No estoy seguro

**En caso afirmativo, especifique qué tipo de dificultad tuvo con la visita de telesalud.**

**Describa cualquier problema adicional para usted al recibir atención médica.**