



Alliance 2020 Community Needs Survey (Spanish Member & Family Printout Version)

Encuesta sobre necesidades de la comunidad

Instrucciones:

Alliance Health está comprometida con la mejoría continua de los servicios ofrecidos a nuestros residentes con necesidades de salud mental, discapacidades del desarrollo y uso de sustancias. Estamos realizando una evaluación de necesidades para analizar las necesidades de servicios y las brechas dentro de las comunidades de Alliance.

Tómese unos pocos minutos para completar esta breve encuesta. Sus respuestas son muy importantes para ayudarnos a comprender las necesidades de servicios en nuestra comunidad. La información que recibamos a través de este proceso será útil para nuestras iniciativas de planificación y desarrollo de servicios para el próximo año, y nos ayudará a prestar un mejor servicio a los adultos, los niños y las familias de nuestras comunidades.

Las encuestas completadas se pueden devolver de la siguiente manera:

1) Mediante la entrega o el envío postal a la siguiente dirección: Alliance Health at 5200 W. Paramount Parkway, Suite 200, Morrisville NC 27560

-O BIEN-

2) Mediante la digitalización y el envío por mensaje de correo electrónico a cjohnson@alliancehealthplan.org

Todas las respuestas son anónimas y no recopilamos ninguna información de identificación de los encuestados.

Complete la encuesta antes del viernes, 11 de diciembre.

¡Muchas gracias!

1. Indique cuál de las siguientes opciones lo describe mejor:

- Persona que recibe servicios de salud mental, uso de sustancias o discapacidades intelectuales/del desarrollo
- Familiar, tutor o amigo de una persona que recibe servicios
- Otros (especificar)

2. ¿Qué opción describe mejor su sexo? (Elija solo una opción).

- Mujer
- Hombre
- Prefiere no decirlo
- Me describo a mí mismo como...

3. ¿Qué raza/origen étnico lo describe mejor? (Elija solo una opción).

- Asiático/nativo de las islas del Pacífico
- Negro o afroestadounidense
- Hispano
- Nativo estadounidense o nativo de Alaska
- Blanco/caucásico
- Prefiere no responder
- Razas múltiples/otra raza (especificar)

4. Indique qué tipo de servicios recibe usted o su familiar (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salud mental para niños/adolescentes | <input type="checkbox"/> Salud mental para adultos |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo para niños/adolescentes | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo para adultos |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias para niños/adolescentes | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias para adultos |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática en niños | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática en adultos |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) | |

5. ¿En qué condado vive (padres, familiares y tutores: indique el condado de residencia de la persona que recibe servicios)?

- Cumberland
- Durham
- Johnston
- Wake
- Otro (especificar)

6. ¿Qué idioma habla principalmente en el hogar?

- Inglés
- Español
- Otro idioma (especifique):

7. ¿Es capaz de recibir servicios en su idioma preferido?

- Sí
- No

8. ¿Está recibiendo los servicios de salud mental, uso de sustancias o discapacidad intelectual/del desarrollo que necesita?

- Sí
- No

De no ser así, ¿qué servicios necesita, pero no puede recibir?

9. En el último año, ¿ha tenido usted o su familiar que viajar fuera del condado donde reside para recibir servicios de salud mental, discapacidad intelectual/del desarrollo o trastorno por uso de sustancias porque el servicio no estaba disponible en su condado?

- Sí
- No

Si su respuesta es "sí", ¿qué servicios no están disponibles en su condado?

10. ¿Cuáles de las siguientes considera que son barreras significativas para el acceso a los servicios (seleccione todas las opciones que correspondan)?

	1 (más preocupante)	2	2	4	5
Falta de transporte confiable a las citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios no disponibles en zonas cercanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horarios inconvenientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información limitada sobre cómo obtener servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de cuidado de niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barrera idiomática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas médicos o discapacidad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de acceso físico o dispositivos de asistencia (p. ej., rampa para silla de ruedas, barras de sostén en el baño)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperas demasiado prolongadas para las citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costo de los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insatisfacción con la calidad o la elección de proveedores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personas sin techo/problemas de vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad de personal calificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin acceso al teléfono, Internet o correo electrónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. En los últimos 12 meses, ¿lo recibieron con la rapidez que usted deseaba para las siguientes citas?

	No	A veces, pero no siempre	Sí	No fue necesario este servicio
Cita de admisión para nuevos servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cita inicial para recibir orientación/terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cita inicial con el psiquiatra o el médico que le receta los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citas de seguimiento para recibir orientación/terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citas de seguimiento con el psiquiatra o el médico que le receta los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Si tuvo una crisis de salud mental durante el último año y necesitó acceder a los servicios rápidamente, ¿pudo obtener los servicios cuando lo deseó?

- Sí
- No
- No he necesitado acceder de forma urgente a los servicios en el último año.

13. En el último año, ¿pudo obtener información sobre los servicios que estaban disponibles y cómo acceder a ellos?

- Sí
- No

14. : Si su respuesta a la pregunta 10 es "No", ¿qué información estaba tratando de averiguar y no pudo encontrar?

15. Cuando quiere ir a algún lugar en la comunidad, ¿tiene alguna forma de hacerlo?

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

16. Cuéntenos si tuvo alguna de las siguientes situaciones en los últimos 12 meses.

	No	Sí			
Tuvo que comer menos de lo que quería porque no tenía alimentos suficientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una compañía de suministros le canceló el servicio porque no pudo pagar su factura de suministros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo preocupado por no tener una vivienda estable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesitó ver a un médico, pero no pudo hacerlo debido al costo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que resignarse a no recibir atención médica porque no tuvo forma de llegar a su cita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. ¿El idioma, la raza, el origen étnico o la cultura implicaron alguna diferencia en el tipo de orientación o tratamiento que necesitó?

- Sí
- No

18. En los últimos 12 meses, ¿la atención que recibió dio respuesta a estas necesidades?

- Sí
- No

19. En los últimos 12 meses, ¿solicitó algún arreglo especial a su proveedor para recibir la atención que necesitaba? Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, ubicaciones de servicios accesibles, intérpretes de lenguaje de señas, traductores de idioma extranjero y otros apoyos necesarios para recibir los servicios.

Sí

No

Describa el arreglo que solicitó.

20. ¿Tiene algún otro comentario sobre las necesidades de servicios o las brechas de servicios que le gustaría que consideremos?

¡Gracias por completar la encuesta!