



# Evaluación de Necesidades de Adultos Mayores y Discapacitados

Esta encuesta se utilizará para ayudar a los condados de Napa y Solano y a la Agencia de Envejecimiento del Área de Napa/Solano a comprender las necesidades y preocupaciones de los adultos mayores y discapacitados. Esto nos guiará para determinar sus objetivos, actividades y encontrar prioridades para el próximo ciclo de planificación de 4 años. Esta encuesta debe tomar unos 20 minutos para completar. Por favor complete una encuesta separada para cada individuo que desee participar.

Las traducciones en español y tagalo están disponibles con el menú desplegable en la esquina superior derecha. Todas las respuestas son anónimas. No le pedimos su nombre u otra información de identificación. Todas las publicaciones del Condado están disponibles en formatos alternativos. Las solicitudes de adaptación se pueden hacer llamando al (707) 784-8605.

Esta encuesta también está disponible electrónicamente en Inglés y Tagalog al <http://bit.ly/NapaSolanoSeniorSurvey> o puede escanear el código QR con la cámara de su celular:



**Puede devolver esta encuesta a través de uno de los siguientes opciones:**

1. Por correo o en persona a Servicios Para Adultos Mayores, 650 Imperial Way, Suite 101, Napa, CA, 94559
2. Por correo o en persona a Salud Pública de Solano, Equipo de Epidemiología, 275 Beck Avenue, MS 5-240, Fairfield CA 94533
3. Por correo electrónico a [SolanoEpi@SolanoCounty.com](mailto:SolanoEpi@SolanoCounty.com).

***Por favor complete y devuelva la encuesta antes del 30 de junio de 2019.***

1. ¿En cuál ciudad vive usted?

**Napa County**

- American Canyon
- Angwin
- Calistoga
- Deer Park
- Napa
- Oakville
- Rutherford
- St. Helena
- Yountville
- Area No Incorporado / Fuera de los límites de la ciudad

**Solano County**

- Benicia
- Dixon
- Fairfield
- Rio Vista
- Suisun City
- Vacaville
- Vallejo
- Area No Incorporado / Fuera de los límites de la ciudad

2. ¿Cómo describiría su salud general?
- Excelente
  - Buena
  - Regular
  - Mala
  - Negarse a responder
3. ¿Cómo describiría su calidad de vida?
- Excelente
  - Buena
  - Regular
  - Mala
  - Negarse a responder
4. ¿En qué año nació usted? (p. ej. 1930) \_\_\_\_\_
5. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio, incluso caminar, por 20 minutos o más?
- Nunca
  - Un par de veces al mes
  - 1-2 veces por semana
  - 3-5 veces por semana
  - Diario
  - Negarse a responder
6. ¿Tiene alguna de las siguientes dificultades para comer o con su dieta? Marque todo lo que corresponda.
- No como suficiente proteína
  - Como mucha sal
  - Como menos de 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio (leche, queso, soja, etc.)
  - Como menos de 5 porciones al día de frutas y verduras
  - Como solo la mayoría del tiempo
  - Tengo dificultad para masticar o tragar
  - No tengo acceso a agua limpia
  - Otro (Especifique por favor)\_\_\_\_\_
  - Ninguna de las anteriores
  - Negarse a responder

7. ¿En qué tipo de vivienda vive actualmente? Marque todo lo que corresponda.
- Casa, casa adosada o condominio
  - Casa móvil
  - Apartamento
  - Comunidad de vida independiente para personas mayores
  - Vivienda en Residencia Asistida
  - Centro de cuidados a largo plazo, centro de enfermería especializada, o centro de cuidado de memoria
  - Casa de Huespedes / Pensión y Habitación
  - Vivienda asequible / HUD / Sección 8
  - Pensión de Cuidado y Comida / Hogar Residencial
  - Hotel o motel
  - Quedarse con la familia o amigos
  - Refugio o sin residencia
  - Negarse a responder u Otro
8. ¿Es propietario o alquila su lugar de residencia principal?
- Propio con hipoteca
  - Propio sin hipoteca
  - Alquilar
  - Soy dueño de mi casa móvil pero alquilo espacio en un parque de casas móviles
  - Otro
  - Negarse a responder
9. ¿Quién más vive con usted en su casa? Marque todo lo que corresponda.
- Vivo solo
  - Mi esposo/a o pareja
  - Mis hijos adultos (mayores de 18 años)
  - Mis hijos (menores de 18 años)
  - Amigos/Conocidos
  - Cuidador pagado
  - Mis padres
  - Compañero(s) de casa
  - Mis nietos adultos (mayores de 18 años)
  - Mis nietos (menores de 18 años)
  - Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Negarse a responder

10. ¿Cuánto es el costo mensual de su vivienda, incluyendo la hipoteca o el alquiler de su residencia? Incluya cualquier HOA, cuotas mensuales, seguro, alquiler del sitio, impuestos, servicios públicos, etc.
- \$ 0- \$ 500
  - \$ 501- \$ 1,000
  - \$ 1,001- \$ 2,000
  - \$ 2,001- \$ 3,000
  - \$ 3,001- \$ 4,000
  - \$ 4,001- \$ 5,000
  - \$ 5,001- \$ 6,000
  - \$ 6,001 y más
  - Negarse a responder
11. ¿Estaría dispuesto/a a compartir su espacio de vivienda para ayudar a pagar el alquiler o la hipoteca?
- Sí, pero actualmente no estoy alquilando espacio
  - Sí, y actualmente alquilo parte de mi espacio
  - No
  - No está seguro/a
  - Negarse a responder
12. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas a quienes les tiene cariño y se siente que tienen una relación cercana? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a reuniones de la iglesia o de algún grupo/club)
- Menos que una vez a la semana
  - 1-2 veces a la semana
  - 3-5 veces a la semana
  - 5 o más veces a la semana
  - Negarse a responder
13. ¿Qué tan preocupado/a está usted por estar aislado/a de los demás?
- No se preocupa
  - Un poco preocupado/a
  - Muy preocupado/a
  - Negarse a responder
14. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió molesto por sentirse deprimido o desesperado?
- Nunca
  - Varios días
  - Más que la mitad de los días
  - Casi todos los días
  - Negarse a responder

15. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?
- Nunca
  - Varios días
  - Más que la mitad de los días
  - Casi todos los días
  - Negarse a responder
16. ¿Cómo le gusta darse cuenta sobre próximos eventos y acceder a las noticias? Marque todo lo que corresponda.
- Sitios web o redes sociales
  - Periódicos
  - Correos
  - Carteles en lugares de reunión locales como cafeterías o centros para personas mayores
  - Mensajes de texto
  - Llamada telefónica
  - Correos electrónicos
  - De boca a boca
  - Comunidad de fe
  - Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Negarse a responder
17. ¿Cuáles medios de transporte utiliza actualmente? Marque todo lo que corresponda.
- Conduzco
  - Amigos o familiares me llevan
  - Transporte público (bus, tren, ferry)
  - Taxi
  - Paratransito
  - Programas de conductores voluntarios (Molly's Angels)
  - Camioneta o lanzadera no proporcionada por Paratransito (camioneta proporcionada por vivienda asistida, comunidad de fe, centro para personas mayores, etc.)
  - Camino
  - Transporte a pedido (Uber, Lyft, GoGoGrandparent)
  - Conductor contratado (coche u otro transporte privado)
  - No tengo ningun transporte
  - Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Negarse a responder

18. ¿Hay ciertas actividades a las que no puede asistir debido a la falta de opciones de transporte asequibles y accesibles? Marque todo lo que corresponda.

- No, no estoy limitado por mis opciones de transporte
- Citas médicas
- Compras de comestibles
- Mandados u otras compras
- Visitando a amigos o familiares
- Entretenimiento, ejercicio, o reuniones sociales
- Trabajo
- Servicios de adoración
- Actividades escolares / educativas
- Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

19. ¿Cuáles dispositivos de ayuda necesita para caminar o salir? Marque todo lo que corresponda.

- Caña
- Caminante
- Silla de ruedas
- Perro guía o animal de servicio
- Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- No necesito dispositivos de ayuda
- Negarse a responder

20. ¿Qué tipos adicionales de transporte serían útiles para usted? Marque todo lo que corresponda.

- Tengo opciones de transporte adecuadas
- Transporte entre condados
- Más opciones de transporte público
- Transporte accesible en silla de ruedas
- Transporte el mismo día/bajo demanda
- Transporte desde mi puerta hasta la puerta de mi destino
- Transporte desde dentro de mi casa hasta dentro de mi destino
- Transporte con alguien que me acompaña a lo largo de mi viaje
- Negarse a responder

21. ¿Qué servicios recibe actualmente? Marque todo lo que corresponda.

- Manejo de casos (asistencia para arreglar servicios medicos)
- Transporte
- Servicios de centro de día para adultos
- Servicios de quehaceres (trabajo del jardín, mantenimiento)
- Información y asistencia
- Tareas del hogar / limpieza
- Servicios de cuidado personal (ayuda para comer, vestirse, bañarse, etc.)
- Asistencia legal
- Comidas entregadas a domicilio
- Manejo de medicamentos
- Comidas comunitarias
- Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores
- Negarse a responder

22. ¿Qué servicios adicionales le ayudarían a mantenerse independiente en la comunidad?

- Manejo de casos (asistencia para arreglar servicios medicos)
- Transporte
- Servicios de centro de día para adultos
- Servicios de que haceres (trabajo del jardín, mantenimiento)
- Información y asistencia
- Tareas del hogar / limpieza
- Servicios de cuidado personal (ayuda para comer, vestirse, bañarse, etc.)
- Asistencia legal
- Comidas entregadas a domicilio
- Manejo de medicamentos
- Comidas comunitarias
- Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores
- Negarse a responder

23. ¿Alguno de los siguientes limitan sus actividades diarias? Marque todo lo que corresponda.

- Pérdida de la audición/oído
- Pérdida de la vista
- La falta de aire
- Limitaciones de movilidad
- Pérdida de memoria
- Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores
- Negarse a responder

24. ¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades diarias debido a problemas de salud o físicos?

- Tareas del hogar o lavado de ropa
- Compras de comestibles
- Preparar comida o cocinar
- Comer
- Manejar mis finanzas
- Bañarse, vestirse, peinarse, usar el inodoro
- Levantarse de una cama o silla
- Caminar
- Usar el teléfono
- Ninguna de las anteriores (**Pase a la pregunta 25**)
- Negarse a responder

24a. ¿Quién le ayuda rutinariamente con tareas de casa o lavado de ropa? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia o amigos
- Cuidador pagado del IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24b. ¿Quién le ayuda rutinariamente con compras de comestibles? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia o amigos
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder



24c. ¿Quién le ayuda rutinariamente para preparar comida o cocinar? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia o amigos
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24d. ¿Quién le ayuda rutinariamente para comer/alimentarse? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24e. ¿Quién le ayuda rutinariamente para manejar sus finanzas? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24f. ¿Quién le ayuda rutinariamente para bañarse, vestirse, peinarse, o usar el inodoro?

Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24g. ¿Quién le ayuda rutinariamente para levantarse de la cama o la silla? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24h. ¿Quién le ayuda rutinariamente para caminar? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

24i. ¿Quién le ayuda rutinariamente para usar el teléfono? Marque todo lo que corresponda.

- No necesito ayuda
- Cónyuge o pareja
- Miembros de la familia
- Cuidador pagado de IHSS
- Cuidador pagado privado
- Necesito ayuda pero no tengo a nadie que me ayude
- Necesito más ayuda de la que tengo actualmente
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

25. ¿Necesita ayuda para agregar alguna de las siguientes opciones a su hogar? Marque todo lo que corresponda.

- Acceso más fácil para entrar o estar dentro de su hogar, como una rampa, una telesilla, un ascensor o puertas más anchas
- Modificaciones en el baño, como barras de agarre, pasamanos, un inodoro más alto o teja antideslizante
- Mejor Iluminación
- Instalación de un sistema de respuesta de emergencia médica que notifica a alguien en caso de emergencia
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Ninguna de las anteriores
- Negarse a responder

26. ¿Tiene alguien a quien llamar si necesita ayuda con atención médica, comida, transporte u otras cosas que pueda necesitar?

- Sí
- No
- No está seguro/a
- Negarse a responder

27. ¿Qué tan preocupado/a está por poder encontrar un cuidador, si lo necesita?

- No se preocupa
- Un poco preocupado/a
- Muy preocupado/a
- Negarse a responder

28. ¿Se preocupa por caerse? Marque todo lo que corresponda.

- No, no estoy preocupado/a
- Sí, me preocupa caerme dentro de mi casa
- Sí, me preocupa caerme fuera de mi casa
- Negarse a responder

29. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su historial de caídas en el último año? Marque todo lo que corresponda.

- No me caí
- Tuve una caída que no requirió tratamiento médico.
- Tuve una caída que requirió una visita a la sala de emergencias y / o una hospitalización
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

30. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su manejo financiero actual?

- Viviendo cómodamente
- Viviendo bien
- Solo sobrellevando
- Me resulta difícil sobrellevar
- Negarse a responder

31. En los próximos 5 años, ¿cómo cree que cambie su situación financiera?

- Creo que mejore
- Creo que siga igual
- Creo que disminuya
- No sé
- Negarse a responder

32. Durante el año pasado, ¿no ha podido pagar por algunas de las siguientes cosas? Marque todo lo que corresponda.
- Comida saludable
  - Servicios públicos / utilidades
  - Servicio de teléfono
  - Ropa
  - Alquiler / Hipoteca
  - Impuestos a la propiedad e ingresos
  - Cuidador y / o cuidado de los niños o guardería
  - Seguro de salud
  - Medicamentos
  - Facturas médicas
  - Transporte
  - Recreación o entretenimiento
  - He podido pagar todas estas cosas
  - Negarse a responder
33. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque todo lo que corresponda.
- Cáncer
  - Diabetes
  - Enfermedad del corazón
  - Ataque cerebral
  - Artritis
  - Obesidad
  - Asma
  - EPOC / enfisema
  - Alta presión sanguínea
  - Alzheimer o demencia
  - Otro
  - Ninguna de las anteriores
  - Negarse a responder
34. ¿Necesita ayuda para administrar sus medicamentos? Marque todo lo que corresponda.
- No necesito ayuda
  - Me cuesta leer o ver la información en las botellas
  - Me cuesta hacer un seguimiento de mis medicamentos
  - Me cuesta entender la información y controlar los efectos secundarios
  - Necesito ayuda para tomar o administrar mis medicamentos
  - Negarse a responder

35. ¿Qué seguro de salud tiene? Marque todo lo que corresponda.

- Ninguno / No tengo seguro
- MediCal
- MediCare
- Tricare
- MediCare Advantage o Ventaja
- Parte D / cobertura de medicamentos recetados
- Seguro suplementario
- Seguro privado
- Negarse a responder

36. ¿Puede encontrar un médico de atención primaria/cabecera o de familia que acepta su seguro cerca de donde vive?

- Sí
- No
- No sé
- Negarse a responder

37. ¿Existen barreras que le hacen faltar a sus citas médicas? Marque todo lo que corresponda.

- No, no tengo barreras
- No puedo encontrar y/o pagar transporte para ir a mis citas médicas
- Mi transporte a menudo me hace llegar tarde a mis citas médicas
- A menudo no puedo ir a mis citas médicas debido a mi salud física o mental
- Me toma mucho tiempo llegar a mis citas médicas
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

38. ¿Tiene acceso a la atención dental?

- Sí
- No, es demasiado caro
- No, no hay proveedores disponibles cerca de donde vivo
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

39. ¿Su médico de cabecera / familiar le habla de una manera en la que usted entiende?

- Sí
- No
- No tengo un médico de cabecera / familiar
- Negarse a responder

Si No, ¿Cuáles son las razones por las cuales su médico de atención cabecera / familiar no le habla de una manera en la que usted entiende? Marque todo lo que corresponda.

- No entiende mi origen cultural y/o no habla mi idioma
- No explica de manera clara las instrucciones de cuidado
- No están entrenados en el tratamiento de adultos mayores
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

40. ¿Es usted un/a cuidador/a de alguien más? Marque todo lo que corresponda.

- No (**Pase a la pregunta 41**)
- Sí, para alguien menor de 18 años
- Sí, para alguien de 19-54 años
- Sí, para alguien de 55 años o más

40a. Si usted es cuidador/a de otra persona, ¿Cuántas horas **pagadas** provee cuidado en una semana típica?

- Ninguna
- Menos de 20 horas a la semana
- 20-40 horas por semana
- Más de 40 horas por semana
- No está seguro/a
- Negarse a responder

40b. Si usted es cuidador/a de otra persona, ¿Cuántas horas **no pagadas** provee cuidado en una semana típica?

- Ninguna
- Menos de 20 horas a la semana
- 20-40 horas por semana
- Más de 40 horas por semana
- No está seguro/a
- Negarse a responder

40c. Si usted es cuidador/a de otra persona, ¿A usted le pagan por el cuidado a través de IHSS?

- Sí
- No
- No está seguro/a
- Negarse a responder

40d. Si usted es cuidador/a de otra persona, ¿Qué tipo(s) de apoyo sería útil para su situación de ser cuidador? Marque todo lo que corresponda.

- Alivio para los cuidadores en el hogar
- Cuidado residencial de relevo (centro de enfermería especializada, residencia asistida)
- Programas de actividades de día
- Grupos de apoyo para cuidadores
- Educación para los cuidadores
- No está seguro/a
- Negarse a responder

41. ¿Cómo describiría su situación laboral actual pagada? Marque todo lo que corresponda.

- Jubilado/a
- Empleado - tiempo completo o más
- Empleado - a tiempo parcial y en busca de más trabajo
- Empleado - a tiempo parcial y no busca más trabajo
- Empleado por cuenta propia
- Empleado - trabajo de temporada/estacional
- Desempleado - no buscando trabajo
- Desempleado - buscando trabajo
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

42. ¿Existen oportunidades de empleo adecuadas para usted?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica
- Negarse a responder

43. ¿Es usted un/a voluntario/a actualmente?

- Sí
- No, y no quiero ser voluntario/a
- No, pero me gustaría ser voluntario/a
- Negarse a responder

44. ¿Usted se siente físicamente y emocionalmente seguro/a en su hogar?

- Sí
- No
- No está seguro/a
- Negarse a responder



45. ¿Usted se siente físicamente y emocionalmente seguro/a en su comunidad?

- Sí
- No
- No está seguro/a
- Negarse a responder

46. ¿Alguna vez alguien ha tratado de estafar o aprovecharse financieramente de usted? Marque todo lo que corresponda.

- No
- Sí, alguien que conocía
- Sí, un extraño
- Negarse a responder

Si sí, ¿A quién le contó? Marque todo lo que corresponda.

- Nadie
- Cumplimiento de la ley
- Servicios de Protección para Adultos (APS)
- Familia o amigo
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

47. ¿Tiene acceso a servicios legales?

- Sí
- No
- No necesito servicios legales
- Negarse a responder

48. ¿Tiene alguno de estos documentos de planificación futura? Marque todo lo que corresponda.

- Testamento
- Fideicomiso en vida revocable
- Directiva Avanzada de Atención Médica
- Poder legal
- Seguro de cuidado a largo plazo
- Plan de entierro
- POLST (Orden médica para tratamiento de soporte vital)
- Ninguno
- Negarse a responder

49. ¿Cómo accedes al internet? Marque todo lo que corresponda.

- No tengo acceso al internet
- Tengo internet en mi casa
- Puedo acceder al Internet fuera de mi casa en cafeterías, bibliotecas, centros para personas mayores, etc.
- Accedo al internet con mi computadora, computadora portátil o tableta
- Accedo a internet con mi teléfono móvil o celular
- Negarse a responder

¿Si no tiene internet en la casa, cuáles son las razones por las que no tiene internet en casa?

Marque todo lo que corresponda.

- No quiero internet en mi casa
- El servicio de internet no está disponible para mi residencia
- El servicio de internet es demasiado caro en mi residencia
- No tengo una computadora o dispositivo para conectarme al internet
- No puedo usar Internet debido a una condición física o mental como mala vista, problemas cognitivos u otra condición
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

50. ¿Cómo pueden las personas en su hogar recibir información durante una emergencia, como un incendio o un terremoto? Marque todo lo que corresponda.

- Televisión
- Radio AM / FM
- Llamada por el celular
- Llamada por el teléfono fijo
- Publicación de "NextDoor"
- Medio/Red social
- De boca a boca
- Sitios web de las organizaciones (como la Cruz Roja)
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- No está seguro/a
- Negarse a responder

51. Si las autoridades anunciaran una evacuación obligatoria de su comunidad debido a una emergencia o desastre (como un incendio forestal), ¿algo le impediría la evacuación? Marque todo lo que corresponda.
- No, voy a evacuar como sea
  - Falta de confianza en los funcionarios públicos
  - Preocupación por la seguridad personal
  - Falta de transporte
  - Preocupación por dejar la propiedad/casa
  - Preocupación por dejar mascotas o ganado
  - No tengo a donde ir
  - Es demasiado caro para evacuar
  - Problemas de salud o incapacidad médica para evacuar
  - Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Negarse a responder
52. ¿Tiene una caja de emergencia que puede llevar con usted en caso de una evacuación?
- Sí
  - No
  - Negarse a responder
53. ¿Alguien en su hogar tiene alguna de las siguientes condiciones que podrían ser barreras para una comunicación efectiva durante una emergencia o desastre? Marque todo lo que corresponda.
- Problemas del oído
  - Problemas de vista
  - Deterioro cognitivo o discapacidad cognitiva
  - Discapacidad física
  - Dificultad para entender el material escrito
  - Dificultad para entender el idioma de inglés
  - Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Ninguna de las anteriores
  - Negarse a responder
54. Pensando en lo que tiene en su despensa y en los medicamentos que tiene a mano, ¿durante cuántos días podrá quedarse en su casa sin tener que salir para comprar suministros adicionales?
- 1 a 3 días
  - 4 a 6 días
  - 7 días o mas
  - No está seguro/a
  - Negarse a responder

55. Si su casa perdiera energía / electricidad, ¿necesitaría ayuda para mantener los medicamentos o el equipo médico?
- Sí
  - No
  - Negarse a responder
56. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor el ingreso anual total que su hogar recibió en los últimos 12 meses? Incluya todas las fuentes de fondos.
- Menos de \$ 10,000
  - \$ 10,000 - \$ 14,999
  - \$ 15,000 - \$ 24,999
  - \$ 25,000 - \$ 34,999
  - \$ 35,000 - \$ 49,999
  - \$ 50,000 - \$ 74,999
  - \$ 75,000 - \$ 99,999
  - \$ 100,000 - \$ 149,999
  - \$ 150,000 - \$ 199,999
  - \$ 200,000 o más
  - No está seguro/a
  - Negarse a responder
57. ¿Cuál era su sexo asignado al nacer (en su certificado de nacimiento original)?
- Masculino/Varón
  - Femenino/Mujer
  - Negarse a responder
58. ¿Se identifica como miembro de alguno de los siguientes grupos? Marque todo lo que corresponda.
- Heterosexual
  - Lesbiana, gay, bisexual u otra orientación no heterosexual
  - Transgénero
  - Género "queer" / género no conforme
  - Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
  - Negarse a responder
59. ¿Cuál es su estado civil actual? Marque todo lo que corresponda.
- Casado
  - Viudo
  - Divorciado
  - Apartado
  - Nunca casado
  - No casado pero viviendo con mi pareja
  - Tengo pareja pero no vivimos juntos
  - Negarse a responder

60. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Algo de educación secundaria o menos
- Graduado de secundaria o equivalente (GED)
- Algo de educación universitaria, título de asociado (AA), o escuela técnica
- Licenciatura
- Maestría o grado/título profesional (máster, doctorado, doctor, etc.)
- Negarse a responder

61. ¿Es usted un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No está seguro/a
- Negarse a responder

62. ¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- Blanco
- Negro / Afroamericano
- Hispano /Latino
- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Chino
- Filipino
- Otro asiático
- Nativo Hawaiano
- Samoano
- Chamorro
- Otros isleños del Pacífico (Tongano, Fiyiano, Marshalés, etc.)
- Norteafricano
- Medio Oriental
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Negarse a responder

Gracias por tomar esta encuesta. Sus respuestas se utilizarán para informar a la nueva Agencia de Envejecimiento del Área de Napa/Solano, para los condados de Napa y Solano, así como las actividades provistas a través de Salud Pública.

Por favor, consulte el nuevo sitio web de la Agencia de Envejecimiento del Área de Napa / Solano en <http://aaans.org>