



San Luis Obispo County 2023 Community Health Survey

Share your perspective to help us build a healthier community!

This survey will help the County of San Luis Obispo Public Health Department and our community partners improve access to health services and work to address barriers to health where you live.

This survey is meant for adults (ages 18+) who live in SLO County. All responses are confidential and will not be connected to names, addresses or phone numbers. Many questions allow you to skip if you do not want to answer.

After you complete the survey, you will be provided a separate website link if you would like to enter in the drawing to win one of four gift cards valued at \$100.

Survey results and additional data and analysis will be shared in June 2023 at www.slohealthcounts.org/survey.

The last day to take this survey is **Friday, March 31, 2023**.

1) What is your age?

- 18 to 24
- 25 to 34
- 35 to 44
- 45 to 54
- 55 to 64
- 65 to 74
- 75 or older

2) Do you live in SLO County?

- Yes
- No

3) How would you rate your health?

	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent
Physical Health	<input type="radio"/>				
Mental Health	<input type="radio"/>				
Dental/Oral Health	<input type="radio"/>				

4) What is your main source of health insurance?

- Plan provided by an employer
- Plan purchased from an insurance company or Covered California
- Medicare
- Medi-Cal
- Military or VA
- No insurance
- Don't know
- Other:

5) About how long has it been since you last visited a doctor for a routine checkup?

(A routine checkup is a general physical exam or screening, not an exam for a specific injury, illness, or condition.)

- Within the last year
- 1-2 years ago
- 3-5 years ago
- More than 5 years ago

6) Where do you usually go to for medical care?

- Clinic/doctor's office
- Urgent care
- Emergency room
- VA medical center

- I don't get medical care
- Some other place: _____

7) During the past 12 months, have you received any care from a provider via telehealth (over a live video or the telephone)?

- Yes
- No

Note: For those who respond Yes

How was the quality of the health care you received via telehealth?

- Good
- Fair
- Poor

8) During the past 12 months, have you or your family delayed or gone without needed medical (physical health) care, including routine checkups?

- Yes
- No

Note: For those who respond Yes

What was the main reason you or your family delayed or didn't get medical (physical health) care? (Select one)

- Couldn't find a provider who accepted new patients
- Couldn't find a provider who took my insurance
- Couldn't get an appointment, or it was too long to wait
- Couldn't find a provider who speaks my language
- Worried what other people will think (stigma) if I get this care
- Worried the care will be painful or uncomfortable
- Didn't have childcare
- Didn't have the time
- Hours were not convenient
- Too expensive, or worried about cost
- Too far away
- Didn't have transportation
- Other: _____

9) During the past 12 months, have you or your family delayed or gone without needed mental health care?

- Yes
- No

Note: For those who respond Yes

What was the main reason you or your family delayed or didn't get mental health care? (Select one)

- Couldn't find a provider who accepted new patients
- Couldn't find a provider who took my insurance
- Couldn't get an appointment, or it was too long to wait
- Couldn't find a provider who speaks my language
- Worried what other people will think (stigma) if I get this care
- Worried the care will be painful or uncomfortable
- Care I had been receiving was not right for me
- Didn't have childcare
- Didn't have the time
- Hours were not convenient
- Too expensive
- Too far away
- Didn't have transportation
- Other: _____

10) During the past 12 months, have you or your family delayed or gone without needed dental care, including routine checkups?

- Yes
- No

Note: For those who respond Yes

What was the main reason you or your family delayed or didn't get dental care? (Select one)

- Couldn't find a provider who accepted new patients
- Couldn't find a provider who took my insurance
- Couldn't get an appointment, or it was too long to wait
- Couldn't find a provider who speaks my language
- Worried the care will be painful or uncomfortable
- Didn't have childcare

- Didn't have the time
- Hours were not convenient
- Too expensive
- Too far away
- Didn't have transportation
- Other: _____

11) Do you feel that your doctor listens to your concerns?

- Yes
- No
- Not sure

The next questions will ask you about issues that affect the health of the whole community in San Luis Obispo County.

12) What health issues do you think must be addressed to improve the quality of life in your community? (Choose your top 5)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Access to health care | <input type="radio"/> Access to parks |
| <input type="radio"/> Access to dental care | <input type="radio"/> Social isolation |
| <input type="radio"/> Access to child care | <input type="radio"/> Support for people with disabilities |
| <input type="radio"/> Access to quality schools | <input type="radio"/> Mental health |
| <input type="radio"/> Aging problems | <input type="radio"/> Supportive workplace policies and sick leave |
| <input type="radio"/> Caregiving support for the elderly | <input type="radio"/> Access to healthy food |
| <input type="radio"/> Violence | <input type="radio"/> Racism and Discrimination |
| <input type="radio"/> Chronic disease | <input type="radio"/> Substance and alcohol abuse |
| <input type="radio"/> Infectious disease | <input type="radio"/> Access to affordable housing |
| <input type="radio"/> Environmental threats | <input type="radio"/> Other: _____ |
| <input type="radio"/> Safe routes for bikes and pedestrians | |

13) What do you think are important qualities of a healthy community? (Choose your top 3)

- Tobacco-free environments
- Bike paths
- Clean and safe environment
- Farmers markets
- Opportunities for youth to play
- Parks and nature
- Safe neighborhoods
- Stores with healthy food
- Access to health care (e.g., family doctor)
- Good schools
- Access to public transportation
- Affordable housing
- Community and cultural events
- Religious or spiritual values
- Good jobs and healthy economy
- Other _____

14) Of the following environmental issues, which concern you the most? (Choose your top 3)

- Air pollution
- Extreme heat waves
- Flooding
- Pesticides
- Pollution of rivers and seas
- Prolonged drought
- Smoke from wildfires
- Water quality
- Wildfires
- Other: _____

The following are questions about demographics. We ask these questions to better understand health and healthcare needs and see if there are patterns associated with demographic characteristics.

15) What is your race or ethnicity?

- White
- Hispanic or Latinx
- Black or African American
- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Pacific Islander
- Native Hawaiian
- Two or more races
- Something else: _____
- Choose not to answer

16) In what city or town do you live?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Avila Beach | <input type="radio"/> Los Osos | <input type="radio"/> San Luis Obispo |
| <input type="radio"/> Arroyo Grande | <input type="radio"/> Morro Bay | <input type="radio"/> Santa Margarita |
| <input type="radio"/> Atascadero | <input type="radio"/> Nipomo | <input type="radio"/> Shandon |
| <input type="radio"/> Cambria | <input type="radio"/> Oceano | <input type="radio"/> Templeton |
| <input type="radio"/> Cayucos | <input type="radio"/> Paso Robles | <input type="radio"/> Other: _____ |
| <input type="radio"/> Grover Beach | <input type="radio"/> Pismo Beach | |

17) Have you ever served on active duty in the Armed Forces of the United States?

- Yes
- No

18) What is the highest grade or level of school that you have completed?

- Never attended school
- Grades 1 through 8
- Some high school, but did not graduate
- High school graduate or GED
- Some college or 2-year degree
- 4-year college degree
- More than 4-year college degree

19) What is the primary language spoken in your home?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> English | <input type="radio"/> German | <input type="radio"/> Korean |
| <input type="radio"/> Spanish | <input type="radio"/> Chinese | <input type="radio"/> Another language
(specify): |
| <input type="radio"/> Arabic | <input type="radio"/> French | _____ |
| <input type="radio"/> Tagalog | <input type="radio"/> Japanese | |
| <input type="radio"/> Mixtec | <input type="radio"/> Vietnamese | |

Sexual orientation is a person's emotional, romantic, and/or sexual attractions to another person. There are many ways a person can describe their sexual orientation.

20) Which of these options best describes your sexual orientation?

- Gay
- Lesbian
- Bi+ (e.g., not limited to bisexual, pansexual, fluid)
- Queer
- Straight/Heterosexual
- Questioning or unsure
- Another orientation not listed: _____
- Prefer not to answer

Gender identity is how someone feels about their own gender. There are many ways a person can describe their gender identity.

21) Which of the following terms best describes your gender identity?

- Female
- Male
- Nonbinary (e.g., gender queer, gender fluid)
- Questioning or unsure
- Another gender not listed: _____
- Decline to answer

Some people describe themselves as transgender when the way they think or feel about their gender is different from their sex assigned at birth.

22) Do you identify as transgender?

- Yes
- No
- Questioning or unsure

The next four questions will ask you how much you agree or disagree with the statements.

23) I have convenient, affordable opportunities to get healthy food in my neighborhood (e.g. farmers markets, grocery stores).

- Agree
- Disagree

24) I have safe, convenient opportunities to exercise/recreate in my neighborhood (e.g. parks, walking trails).

- Agree
- Disagree

25) In my community, people of all races, ethnicities, backgrounds, and beliefs are treated fairly.

- Agree
- Disagree

26) In my community, I have the necessary resources here to build a good life for myself and my family.

- Agree
- Disagree

The following questions are about your finances. We ask about your finances to better understand the health and healthcare needs of people with different financial experiences. You can skip any question you do not want to answer.

27) What is your estimated annual household income?

- Less than \$20,000
- \$20,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$89,999
- \$90,000 to \$129,999
- \$130,000 to \$149,000
- \$150,000 to \$200,000
- More than \$200,000

28) How many people does this income support? (If you are paying child support but your child is not living with you, this still counts as someone supported by your income)

—

29) Which one best describes your current employment status?

- Full time job
- Part time job
- Multiple part time jobs
- Seasonal or migrant work
- Stay-at-home parent
- Student
- Retired
- Unable to work or currently on disability
- Unemployed, looking for work
- Unemployed, not looking for work

30) Do you have emergency funds that would cover your expenses for 3 months if needed?

- Yes
- No

31) During the past 12 months, was there a time when you were not able to pay your mortgage or rent?

- Yes
- No

32) During the past 5 years, was there a time when you considered yourself homeless?

- Yes
- No

Are you currently homeless?

- Yes
- No

33) How often do you worry about the challenges below?

	N/A	Rarely	Sometimes	Often
Finding quality, affordable childcare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finding quality, affordable elder care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Getting paid enough to meet my basic needs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affording to buy or maintain a car	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finding or keeping affordable housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Being or becoming homeless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affording to feed my family nutritious foods	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caring for a disabled family member	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34) How often do you feel worried, nervous or anxious?

- Daily
- Weekly
- Monthly
- A few times a year
- Never

35) How often do you feel depressed?

- Daily
- Weekly
- Monthly
- A few times a year
- Never

Warning: The following question asks about suicide. If you or someone you know is in an immediate emergency, call 911. If you are in crisis or are experiencing difficult or suicidal thoughts, call the Central Coast Hotline at 1-800-783-0607 or the National Suicide Hotline at 988. To access SLO Behavioral Health services, call 1-800-838-1381. You can also visit www.suicidepreventionlifeline.org to find out information about getting help.

36) During the past 12 months, have you had thoughts or ideations about suicide?

- Yes
- No

The next questions are about behaviors that can affect our health. You can choose to skip any question you do not want to answer.

37) Thinking about how well you sleep, in the past 30 days:

	Never	Some days	Most days
How often did you wake up feeling well-rested?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Have trouble falling asleep?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Have trouble staying asleep?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38) In the last week, how many times did you exercise for at least 30 minutes or more? _____

(Exercise can include many different activities, such as jogging, walking, cycling, fitness classes, or a sport.)

39) Do you get all the vaccines your doctor recommends for you?

- Always
- Most of the time
- Some of the time
- Never

Now we would like to ask you about your recent tobacco, alcohol, or drug use. Please remember your answers are strictly confidential and you do not have to answer any question you do not want to.

40) During the past 30 days, did you use marijuana (smoke, vape, eat, or drink)?

- Yes
- No

41) During the past 30 days, on the days that you drank alcoholic beverages, how many drinks did you have on average? (Enter 0 if never.) _____

Note: One drink is equal to a glass of wine, a bottle of beer, a shot glass of liquor, or a mixed drink.

42) During the past 30 days, did you smoke cigarettes or use another tobacco or vape product, such as an e-cigarette (JUUL), vape pen, or mod?

- Yes
- No

Note: For those who respond Yes

What type(s) of tobacco product(s) have you used in the past 30 days?

- cigarettes
- cigars, little cigars, cigarillos

- electronic smoking device/vape* (including e-hookah, e-pipe, etc), containing nicotine
- electronic smoking device/vape* (including e-hookah, e-pipe, etc, containing CBD
- electronic smoking device/vape* (including e-hookah, e-pipe, etc, containing other substance (not nicotine or cannabis)
- oral tobacco products, such as chewing tobacco, snus, snuff, pouches
- dissolvable products, such as candy, strips, sticks, lozenges

* Electronic cigarettes and other electronic vaping products typically contain nicotine, flavors, and other ingredients. They may also be called e-cigs, vape pens, pod mods, hookah pens or e-hookah. Popular brands include JUUL, Blu, NJOY, Suorin, and Vuse.

Are you thinking about quitting smoking or vaping in the next six months?

- Yes
- No

43) People sometimes look to others for companionship, assistance, and other types of support. How often is each of the following kinds of support available to you if you need it?

	None of the time	Some of the time	Most of the time
Someone to help with daily chores if you were sick	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Someone to turn to for suggestions about how to deal with a personal problem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Someone to do something enjoyable with	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Someone to love and make you feel wanted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44) Who would you trust most for health information?

- The news
- Your doctor
- Friends and family
- Someone living with the condition
- Social media
- Health department
- Religious leaders
- Alternative health provider
- Other _____

The final remaining questions ask for any additional insight you have about health in our community. Information from these responses may be included in a summary report of survey findings; any identifying information will be removed to preserve confidentiality.

45) In your neighborhood, what makes it easier to stay healthy? (For example, having space to walk, living near friends, being close to a hospital, etc.) (optional)

46) In your neighborhood, what makes it harder to stay healthy? (optional)

47) Is there anything else we haven't asked about that's important to you? (optional)



Encuesta de Salud Comunitaria Del Condado de San Luis Obispo 2023

¡Comparta su perspectiva para ayudarnos a construir una comunidad más saludable!

Esta encuesta ayudará al Departamento de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo y a nuestros socios comunitarios a mejorar el acceso a los servicios de salud y trabajar para dirigir las barreras a la salud en el lugar donde vive.

Esta encuesta es para adultos (mayores de 18 años) que viven en el condado de SLO. Todas las respuestas son confidenciales y no estarán conectadas a nombres, direcciones o números de teléfono. Muchas preguntas te permiten saltarlas si no quiere responder.

Después de completar la encuesta, se le proporcionará un enlace de sitio web por separado si desea participar en el sorteo para ganar una de las cuatro tarjetas de regalo valoradas en \$100. Mire las reglas oficiales del sorteo aquí.

Los resultados de la encuesta, los datos y análisis adicionales se compartirán en junio 2023 en www.slohealthcounts.org/survey.

El último día para tomar esta encuesta **es el viernes 31 de marzo de 2023.**

1) ¿Cuál es su edad?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 18 a 24 | <input type="radio"/> 55 a 64 |
| <input type="radio"/> 25 a 34 | <input type="radio"/> 65 a 74 |
| <input type="radio"/> 35 a 44 | <input type="radio"/> 75 y mayor |
| <input type="radio"/> 45 a 54 | |

2) ¿Vive en el condado de SLO?

- Sí
 No

3) ¿Cómo calificaría su salud?

	Pobre	Justa	Buena	Muy Buena	Excelente
Salud Física	<input type="radio"/>				
Salud mental	<input type="radio"/>				
Salud Oral/Dental	<input type="radio"/>				

4) ¿Cuál es su fuente principal de seguro médico?

- Plan proporcionado por un empleador
- Plan comprado de una compañía de seguros o de Covered California
- Seguro médico del estado (Medicare)
- Médico (Medí-Cal)
- Militar o VA
- Sin seguro
- No sé
- Otro: _____

5) ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un médico para un chequeo de rutina?

(Un chequeo de rutina es un examen físico general o una prueba de detección, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica).

- En el último año
- 1-2 años atrás
- 3-5 años atrás
- Hace más de 5 años

6) ¿A dónde acostumbra ir para recibir atención médica?

- Clínica/consultorio médico
- Atención de urgencias
- Sala de emergencias
- Centro médico VA
- No recibo atención medica
- Algún otro lugar: _____

7) Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido atención de un proveedor a través de telesalud (a través de un video en vivo o por teléfono)?

- Sí
- No

Nota: Para los que respondan Si

¿Cómo fue la calidad de la atención médica que recibió a través de telesalud?

- Buena
- Justa
- Pobre

8) Durante los últimos 12 meses, ¿usted o su familia se han demorado o no han recibido la atención médica (salud física) necesaria, incluyendo chequeos de rutina?

- Sí
- No

Nota: Para los que respondan Si

¿Cuál fue la razón principal por la que usted o su familia se demoraron o no recibieron atención médica (de salud física)?

(Seleccione uno)

- No se pudo encontrar un proveedor que aceptara nuevos pacientes
- No pude encontrar un proveedor que aceptara mi aseguranza
- No pude conseguir una cita, o fue demasiado tiempo para esperar
- No pude encontrar un proveedor que habla mi idioma.
- Preocupado por lo que pensarán otras personas (estigma) si recibo esta atención
- Le preocupa que la atención sea dolorosa o incómoda
- No tenía cuidado de niños
- No tuve tiempo
- Los horarios no eran convenientes
- Demasiado caro o preocupado por el costo
- Demasiado lejos
- No tenía transporte
- Otro _____

9) Durante los últimos 12 meses, ¿usted o su familia se han demorado o se han quedado sin la atención de salud mental que necesitan?

- Sí
- No

Nota: Para los que respondan Si

¿Cuál fue la principal razón por la que usted o su familia se demoraron o no recibieron atención de salud mental? (Seleccione uno)

- No se pudo encontrar un proveedor que aceptara nuevos pacientes
- No pude encontrar un proveedor que aceptara mi aseguranza
- No pude conseguir una cita, o fue demasiado tiempo para esperar
- No pude encontrar un proveedor que habla mi idioma.
- Preocupado por lo que pensarán otras personas (estigma) si recibo esta atención
- Le preocupa que la atención sea dolorosa o incómoda
- No tenía cuidado de niños
- No tuve tiempo
- Los horarios no eran convenientes
- Demasiado caro o preocupado por el costo
- Demasiado lejos
- No tenía transporte
- Otro _____

10) Durante los últimos 12 meses, ¿usted o su familia se han demorado o no han recibido la atención dental que necesitaban, incluyendo chequeos de rutina?

- Sí
- No

Nota: Para los que respondan Si

¿Cuál fue la principal razón por la que usted o su familia se demoraron o no recibieron atención dental? (Seleccione uno)

- No se pudo encontrar un proveedor que aceptara nuevos pacientes
- No pude encontrar un proveedor que aceptara mi aseguranza
- No pude conseguir una cita, o fue demasiado tiempo para esperar
- No pude encontrar un proveedor que habla mi idioma.
- Preocupado por lo que pensarán otras personas (estigma) si recibo esta atención
- Le preocupa que la atención sea dolorosa o incómoda

- No tenía cuidado de niños
- No tuve tiempo
- Los horarios no eran convenientes
- Demasiado caro o preocupado por el costo
- Demasiado lejos
- No tenía transporte
- Otro _____

11) ¿Siente que su médico escucha sus preocupaciones?

- Sí
- No
- No estoy seguro

Las siguientes preguntas le harán preguntas sobre problemas que afectan la salud de toda la comunidad en el Condado de San Luis Obispo.

12) ¿Qué problemas de salud cree usted que deben abordarse para mejorar la calidad de vida en su comunidad? (Sus 5 principales)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Acceso a la atención de la salud | <input type="radio"/> Acceso a parques |
| <input type="radio"/> Acceso a la atención dental | <input type="radio"/> Aislamiento social |
| <input type="radio"/> Acceso al cuidado de niños | <input type="radio"/> Apoyo a personas con discapacidad |
| <input type="radio"/> Acceso a escuelas de calidad | <input type="radio"/> Salud mental |
| <input type="radio"/> Problemas de envejecimiento | <input type="radio"/> Polízas de apoyo en el lugar de trabajo y licencia por enfermedad |
| <input type="radio"/> Apoyo al cuidado de personas mayores | <input type="radio"/> Acceso a alimentos saludables |
| <input type="radio"/> Violencia | <input type="radio"/> Racismo y Discriminación |
| <input type="radio"/> Enfermedad crónica | <input type="radio"/> Abuso de sustancias y alcohol |
| <input type="radio"/> Enfermedad infecciosa | <input type="radio"/> Acceso a vivienda asequible |
| <input type="radio"/> Amenazas ambientales | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Rutas seguras para bicicletas y peatones | |

13) ¿Cuáles cree que son las cualidades importantes de una comunidad saludable?
(Sus 3 principales)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ambientes libres de tabaco | <input type="radio"/> Acceso a la atención médica (p. ej., médico de familia) |
| <input type="radio"/> Carriles bicicleta | <input type="radio"/> Buenas escuelas |
| <input type="radio"/> Ambiente limpio y seguro | <input type="radio"/> Acceso al transporte público |
| <input type="radio"/> Mercados de agricultores (Farmers Market) | <input type="radio"/> Vivienda económica |
| <input type="radio"/> Oportunidades para que los jóvenes jueguen | <input type="radio"/> Eventos comunitarios y culturales |
| <input type="radio"/> Parques y naturaleza | <input type="radio"/> Valores religiosos o espirituales |
| <input type="radio"/> Barrios seguros | <input type="radio"/> Buenos empleos y economía saludable. |
| <input type="radio"/> Tiendas con comida saludable | <input type="radio"/> Otro: _____ |

14) De los siguientes problemas ambientales, ¿cuál le preocupa más? (Sus 3 principales)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> La contaminación del aire | <input type="radio"/> Sequía prolongada |
| <input type="radio"/> Olas de calor extremas | <input type="radio"/> Humo de los incendios forestales |
| <input type="radio"/> Inundación | <input type="radio"/> Calidad del agua |
| <input type="radio"/> Pesticidas | <input type="radio"/> Incendios forestales |
| <input type="radio"/> Contaminación de ríos y mares. | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Las siguientes son preguntas sobre datos demográficos. Hacemos estas preguntas para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica y ver si hay patrones asociados con las características demográficas.

15) ¿Cuál es su raza u origen étnico?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Blanco | <input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="radio"/> Dos o más Razas |
| <input type="radio"/> Hispano o Latino | <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Algo más: _____ |
| <input type="radio"/> Negro o afroamericano | <input type="radio"/> Isleño del Pacífico | <input type="radio"/> Elige no responder |
| | <input type="radio"/> Nativo hawaiano | |

16) ¿En qué ciudad o pueblo vive?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Avila Beach | <input type="radio"/> Los Osos | <input type="radio"/> San Luis Obispo |
| <input type="radio"/> Arroyo Grande | <input type="radio"/> Morro Bay | <input type="radio"/> Santa Margarita |
| <input type="radio"/> Atascadero | <input type="radio"/> Nipomo | <input type="radio"/> Shandon |
| <input type="radio"/> Cambria | <input type="radio"/> Oceano | <input type="radio"/> Templeton |
| <input type="radio"/> Cayucos | <input type="radio"/> Paso Robles | <input type="radio"/> Otra: _____ |
| <input type="radio"/> Grover Beach | <input type="radio"/> Pismo Beach | |

17) ¿Ha servido alguna vez en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

- Si
 No

18) ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- Nunca asistió a la escuela
 Grados 1 a 8
 Algo de bachillerato, pero no se graduó
 Graduado de escuela secundaria o GED
 Alguna universidad o título de 2 años
 Título universitario de 4 años
 Título universitario de más de 4 años

19) ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Alemán | <input type="radio"/> Coreano
especificar |
| <input type="radio"/> Español | <input type="radio"/> Chino | <input type="radio"/> Otro Idioma
(especifique):
_____ |
| <input type="radio"/> Árabe | <input type="radio"/> Francés | |
| <input type="radio"/> Tagalo | <input type="radio"/> Japonés | |
| <input type="radio"/> Mixteco | <input type="radio"/> Vietnamita | |

La orientación sexual es la atracción emocional, romántica y/o sexual de una persona hacia otra persona. Hay muchas maneras en que una persona puede describir su orientación sexual.

20) ¿Cuál de estas opciones describe mejor su orientación sexual?

- homosexual
- lesbiana
- Bi+ (por ejemplo, no limitado a bisexual, pansexual, fluido)
- Queer
- Heterosexual/Heterosexual
- Cuestionando o inseguro
- Otra orientación no listada: _____
- Prefiero no responder

La identidad de género es cómo se siente una persona acerca de su propio género. Hay muchas formas en que una persona puede describir su identidad de género.

21) ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor su identidad de género actual?

- Femenino
- Masculino
- No binario (p. ej., género queer, género fluido)
- Cuestionando o inseguro
- Otro género no listado:
- Negarse a contestar

Algunas personas se describen a sí mismas como transgénero cuando la forma en que piensan o sienten acerca de su género es diferente al sexo asignado al nacer.

22) ¿Se identifica como transgénero?

- Si
- No
- Cuestionando o inseguro

Las próximas cuatro preguntas le preguntarán qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las declaraciones.

23) Tengo oportunidades convenientes y asequibles para obtener alimentos saludables en mi vecindario (por ejemplo, mercados de agricultores (Farmers Market), supermercados).

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo

24) Tengo oportunidades seguras y convenientes para hacer ejercicio/recrear en mi vecindario (por ejemplo, parques, caminos para caminar).

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo

25) En mi comunidad, las personas de todas las razas, etnias, orígenes y creencias son tratadas de manera justa.

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo

26) En mi comunidad tengo aquí los recursos necesarios para construir una buena vida para mí y mi familia.

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo

Las siguientes preguntas son sobre sus finanzas. Le preguntamos sobre sus finanzas para comprender mejor las necesidades de salud y atención médica de las personas con diferentes experiencias financieras. Puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder.

27) ¿Cuál es el ingreso anual estimado de su hogar?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Menos que \$20,000 | <input type="radio"/> \$90,000 a \$129,999 | <input type="radio"/> \$150,000 a \$200,000 |
| <input type="radio"/> \$20,000 a \$49,999 | <input type="radio"/> \$130,000 a \$149,000 | <input type="radio"/> Más que \$200,000 |
| <input type="radio"/> \$50,000 a \$89,999 | | |

28) ¿Cuántas personas puede sostener con este ingreso? (Si está pagando manutención infantil pero su hijo no vive con usted, esto aún cuenta como alguien que recibe apoyo de sus ingresos) ____

29) ¿Cuál describe mejor su situación de empleo actual?

- Trabajo de tiempo completo
- Trabajo de medio tiempo
- Múltiples trabajos a tiempo parcial
- Trabajo temporal o migrante
- Padre/Madre que se queda en casa
- Alumno
- Jubilado
- Incapaz de trabajar o actualmente con discapacidad
- Desempleado, en busca de trabajo
- Desempleado, no busca trabajo

30) ¿Tiene fondos de emergencia que cubrirían sus gastos durante 3 meses si fuera necesario?

- Sí
- No

31) Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que no pudo pagar la hipoteca o renta?

- Sí
- No

32) Durante los últimos 5 años, ¿hubo algún momento en el que se consideró una persona sin hogar?

- Sí
- No

¿Está actualmente sin hogar?

- Sí
- No

33) ¿Con qué frecuencia se preocupa por los siguientes desafíos?

	N/A	Nunca	A veces	Frecuentemente
Encontrar cuidado de niños de calidad y económica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar cuidado de ancianos de calidad y económica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pagan lo suficiente para cubrir mis necesidades básicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permitir comprar o mantener un carro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar o mantener una vivienda económica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser o quedarse sin hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permitirme alimentar a mi familia con alimentos nutritivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar a un familiar discapacitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34) ¿Con qué frecuencia se siente preocupado, nervioso o ansioso?

- Diariamente
- Cada semana
- Cada mes
- Algunas veces al año
- Nunca

35) ¿Con qué frecuencia se siente deprimido/a?

- Diariamente
- Cada semana
- Cada mes
- Algunas veces al año
- Nunca

Advertencia: La siguiente pregunta se refiere al suicidio. Si usted o alguien que conoce está en una emergencia inmediata, llame al 911. Si está en una crisis o tiene pensamientos suicidas o difíciles, llame a la Línea Directa de la Costa Central al 1-800-783-0607 o a la Línea Directa Nacional de Suicidio al 988. Para acceder a los Servicios de Salud y Bienestar de SLO, llame al 1-800-838-1381. También puede visitar www.suicidepreventionlifeline.org para obtener información sobre cómo obtener ayuda.

36) Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido pensamientos o ideas sobre el suicidio?

- Sí
- No

Las siguientes preguntas son sobre comportamientos que pueden afectar su salud. Puede saltarse cualquier pregunta que no desee responder.

37) Pensando en qué tan bien durmió en los últimos 30 días:

	Nunca	Algunos Días	Mayoría de los días
¿Con qué frecuencia se despertó sintiéndose bien descansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene problemas para dormirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene problemas para permanecer dormido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38) En la última semana, ¿cuántas veces hizo ejercicio durante al menos 30 minutos o más? (El ejercicio puede incluir muchas actividades diferentes, como correr, caminar, andar en bicicleta, clases de gimnasia o un deporte). _____

39) ¿Recibió usted todas las vacunas que su médico le recomienda?

- Siempre
- la mayor parte del tiempo
- Algunas veces
- Nunca

Ahora nos gustaría preguntarle sobre su consumo reciente de tabaco, alcohol o drogas. Recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y no tiene que responder ninguna pregunta que no desee

40) Durante los últimos 30 días, ¿usó marihuana (fumó, vapeó, comió o bebió)?

- Sí
- No

41) Durante los últimos 30 días, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántas bebidas bebió en promedio? (Ingrese 0 si nunca.) _____

Nota: una bebida equivale a una copa de vino, una botella de cerveza, un vaso de licor o una bebida mixta.

42) Durante los últimos 30 días, ¿fumó cigarrillos o usó otro producto de tabaco o de vapeo, como un cigarrillo electrónico (JUUL), una pluma de vapeo o mod?

- Sí
- No

Nota: Para los que respondan Sí

¿Qué tipo(s) de producto(s) de tabaco ha consumido en los últimos 30 días?

- cigarrillos
- puros, cigarritos, puritos
- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc.), que contiene nicotina
- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc., que contengan CBD)
- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc., que contengan otra sustancia (que no sea nicotina ni cannabis)
- productos de tabaco oral, como tabaco de mascar, snus, rapé, bolsitas
- productos que se disuelven, como caramelos, tiras, barras, pastillas
- cigarrillos
- puros, cigarritos, puritos
- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc.), que contiene nicotina

- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc., que contengan CBD)
- dispositivo electrónico para fumar/vape* (incluyendo e-hookah, e-pipa, etc., que contengan otra sustancia (que no sea nicotina ni cannabis)
- productos de tabaco oral, como tabaco de mascar, snus, tabaco en polvo, bolsas
- productos que se disuelven, como caramelos, tiras, barras, pastillas

¿Está pensando en dejar de fumar o de vapear en los próximos seis meses?

- Sí
- No

43) A veces, las personas buscan compañía, asistencia y otros tipos de apoyo en los demás. ¿Con qué frecuencia cada uno de los siguientes tipos de apoyo está disponible para usted si lo necesita?

	Ningún Momento	Algunas Veces	Mayor parte del Tiempo
Alguien que le ayude con los quehaceres diario si estuviera enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien a quien recurrir para obtener sugerencias sobre cómo lidiar con un problema personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alguien con quien hacer algo divertido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien a quien amar y hacerte sentir querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44) ¿En quién confiaría usted más para obtener información sobre salud?

- Las noticias
- Su doctor
- Amigos y familia
- Alguien que vive con la condición
- Medios de comunicación social
- Departamento de salud
- Líderes religiosos
- Proveedor de salud alternativo
- Otro: _____

Las últimas preguntas que faltan, buscamos cualquier información adicional que tenga sobre la salud en nuestra comunidad. La información de estas respuestas puede incluirse en un informe resumido de los resultados de la encuesta; se eliminará cualquier información de identificación para guardar la confidencialidad.

45) En su vecindario, ¿qué hace que sea más fácil para mantenerse saludable? (Por ejemplo, tener espacio para caminar, vivir cerca de amigos, estar cerca de un hospital, etc.) (Opcional)

46) En su vecindario, ¿qué dificultad tiene para mantenerse saludable? (Opcional)

47) ¿Hay algo más que no hayamos preguntado que sea importante para usted? (Opcional)