



Bienvenidos al estudio de salud pública de Oregon.

Su casa fue elegida al azar para este estudio importante sobre la salud de la gente y las comunidades en Oregon, incluyendo si COVID-19 le ha afectado. Los resultados van a ayudarnos a comprender mejor el apoyo y los servicios que la gente necesita en cada área del estado. Para asegurar de que oímos de todo tipo de personas, necesitamos elegir al azar a un miembro de la casa.

Por favor, elija al adulto (que tiene 18 años de edad o más) en la casa que ha celebrado un cumpleaños más recientemente para completar el estudio entrando el Código de Acceso de la carta, la tarjeta postal, o el impreso de papel que fue enviado a su casa.

Puede responder las preguntas en la red (en español o inglés) visitando [www.issans.com/oregonabs](http://www.issans.com/oregonabs) ingresando el Código de Acceso.

Si usted necesita contestar por teléfono en lugar de hacerlo por Internet, estaremos encantados de hacerlo. Simplemente llame al número gratuito 800-643-2531 y dígame a nuestro entrevistador su Código de Acceso. Entrevistadores que hablan español están disponibles.

**1. ¿Diría que, en general, su salud está ...?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Más o menos
- Mala

**2. Pensando en su salud física, que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿durante cuántos días durante los últimos 30 días su salud física no fue buena?**

--	--

Por favor, escriba en número de días (0 a 30)

**3. Ahora pensando en su salud mental, que incluye el estrés, la depresión y los problemas emocionales, durante los últimos 30 días, ¿cuántos días su salud mental no fue buena?**

--	--

Por favor, escriba en número de días (0 a 30)

**4. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días la mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?**

--	--

Por favor, escriba en número de días (0 a 30)

**5. Durante las últimas dos semanas, ¿cuántos días tuvo poco interés o placer en hacer cosas?**

--	--

Por favor, escriba en número de días (0 a 14)

6. **¿Durante las últimas dos semanas, ¿cuántos días se sintió deprimido, deprimido o desesperado?**

--	--

Por favor, escriba en número de días (0 a 14)

7. **¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo planes prepagos como HMO, planes gubernamentales como Oregon Health Plan (OHP), Medicare o Indian Health Services?**

- Sí
- No
- No estoy segura

8. **¿Tiene a alguien a quien considera su médico personal o proveedor de atención médica??**

- Sí, solo una persona
- Sí, mas de una persona
- No
- No estoy seguro

9. **Muchas personas en Oregon han sido afectadas por COVID-19 (también conocido como coronavirus). Una orden de "quedarse en casa" para la prevención de COVID en Oregon comenzó el 23 de marzo de 2020. Durante la pandemia de COVID, ¿usted u otras personas que viven en su hogar han experimentado alguno de los siguientes desafíos?**

	Sí	No	No está seguro /No se aplica
Se enfermó con el coronavirus o los síntomas del coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que ir al hospital por el coronavirus o los síntomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdió su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se redujeron las horas de trabajo o los salarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que trabajar más horas de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que mudarse o cambiar de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que comer menos, comprar alimentos más baratos o visitar un banco de alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que apoyar o cuidar a los niños debido al cierre de escuelas o guarderías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que apoyar a otros familiares o amigos que no pudieron conseguir la ayuda que necesitaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Comparando ahora con hace 12 meses, ¿Qué cambios en la vida, si los hubo, ha experimentado personalmente?**

	Sucede con más frecuencia ahora	Sucede más o menos lo mismo	Sucede con menos frecuencia ahora	Nunca/Raramente sucede en cualquiera de los tiempos
Sentirse triste o desesperado por varios días.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse desconectado de amigos y familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse desconectado de su comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para obtener la atención médica que necesita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para obtener los medicamentos que necesitabas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para pagar las facturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebiendo alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando marihuana o cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usando tabaco o nicotina (cigarrillos, vaporizadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo ejercicio o estar físicamente activo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10z. ¿Usted o su familia experimentaron un desafío importante diferente o un cambio de vida durante este tiempo debido a la pandemia de COVID?**

- Sí
- No **SKIP TO QUESTION 12**
- No estoy seguro/ No se **SKIP TO QUESTION 12**

**11. Si usted o su familia experimentado un desafío importante o cambio de vida diferente durante este tiempo debido a la pandemia de COVID, por favor cuéntenos brevemente en el espacio a continuación.**

12. Durante la mayor parte de la orden de "quedarse en casa" relacionada con COVID de Oregon, ¿Cuántas personas vivían en su hogar? (Escriba a continuación el número de adultos, niños de 5 a 17 años y menores de 5 años).

--	--

Adultos mayores de 18 años

--	--

Niños de 5 a 17 años

--	--

Niños menores de 5 años

Las siguientes preguntas son sobre su vida en general, no específicamente durante la pandemia de COVID.

13. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en el que necesitó ver a un médico, pero no pudo debido al costo?
- Sí
- No
- No estoy Seguro
14. ¿Aproximadamente cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un médico para un chequeo de rutina?
- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a menos de 2 años
- 2 a menos de 5 años
- Hace 5 o más años
- No estoy Seguro
15. Durante el último mes, además de su trabajo habitual, ¿participó en actividades físicas o ejercicios como correr, hacer ejercicios de calistenia, golf, jardinería o caminar para hacer ejercicio?
- Sí
- No
- No estoy seguro

16. **En promedio, ¿cuántas horas duerme en un período de 24 horas?**

--	--

Escriba el número de horas (0 a 24)

17. **¿Le ha dicho alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tenía asma?**

- Sí
- No → PASE A LA PREGUNTA 19
- No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 19

18. **¿Todavía tiene asma?**

- Sí
- No
- No estoy seguro

19. **¿Le ha dicho alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tenía diabetes?**

- Sí
- No
- No estoy seguro

20. **¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó un dentista o una clínica dental por alguna razón?**

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a menos de 2 años
- 2 a menos de 5 años
- Hace 5 o más años
- No estoy seguro

**Las siguientes preguntas son sobre productos de tabaco y nicotina.**

21. **¿Con qué frecuencia usa actualmente tabaco de mascar, tabaco o snus?**

- Todos los días
- Algunos días
- Para nada
- No estoy seguro

22. **¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos (5 paquetes) en toda su vida? →**
- Sí
  - No → PASE A LA PREGUNTA 26
  - No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 26
23. **¿Ahora fuma cigarrillos ...**
- Todos los días
  - Algunos días
  - Para nada → PASE A LA PREGUNTA 25
  - No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 26
24. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar??**
- Sí →
  - No →
  - No estoy Seguro →
- } PASE A LA PREGUNTA 26
25. **¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo, incluso una o dos bocanadas?**
- Dentro del mes pasado
  - Hace 1 mes, pero hace menos de 3 meses
  - Hace 3 meses, pero hace menos de 6 meses
  - Hace 6 meses, pero hace menos de 1 año
  - Hace 1 año, pero menos de 5 años
  - Hace 5 años, pero menos de 10 años
  - 10 años o más
  - No estoy Seguro
26. **¿Alguna vez has usado un cigarrillo electrónico u otro producto de vapeo electrónico, incluso solo una vez, en toda su vida? (No incluya productos utilizados solo para marihuana).**
- Sí
  - No → PASE A LA PREGUNTA 28
  - No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 28

**27. ¿Utiliza ahora cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de vapeo todos los días, algunos días o nada?**

- Nunca he usado cigarrillos electrónicos u otros productos electrónicos de vapeo.
- Todos los días
- algunos días
- Para nada
- No estoy Seguro

**Las siguientes preguntas son sobre la marihuana. Esto significa marihuana o cannabis en cualquier forma, a veces llamada hierba, hachís o marihuana.**

**28. Durante los últimos 30 días, ¿consumió marihuana?**

- Sí
- No → PASE A LA PREGUNTA 33
- No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 33

**29. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días consumió marihuana?**

--	--

Escriba en número de días (1 a 30)

**30. Durante los últimos 30 días, ¿usó marihuana de cada una de estas formas?**

	Si	No	No estoy seguro
Ahumado (en una articulación, bong, pipa o romo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo comí (en brownies, pasteles, galletas o dulces)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo bebí (té, cola o alcohol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaporizado (vaporizador tipo cigarrillo electrónico, vape pen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo frotó (usando aceite de hachís de butano, cera o concentrados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo usé de otra manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**31. Durante los últimos 12 meses, ¿quiso o intentó reducir o dejar de consumir cannabis o marihuana?**

- Sí
- No → PASE A LA PREGUNTA 33
- No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 33

**32. Durante los últimos 12 meses, ¿pudo reducir o dejar de consumir cannabis o marihuana cada vez que quiso o intentó?**

- Sí
- No
- No estoy seguro

**33. Durante los últimos 30 días, ¿tomó al menos un trago de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, una bebida de malta o licor?**

- Sí
- No → PASE A LA PREGUNTA 42
- No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 42

**34. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomó al menos una bebida de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, una bebida o licor de malta**

--	--

Escriba en número de días (1 a 30)

**35. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebió, ¿aproximadamente cuántas bebidas tomó en promedio?**

--	--

Por favor escriba el número de bebidas

**Una bebida equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una bebida con un trago de licor.**

**Una cerveza de 40 onzas contaría como 3 bebidas, o un cóctel con 2 tragos contaría como 2 bebidas.**

**36. El consumo de alcohol se mide de manera diferente según el género, así que díganos con cuál de las siguientes categorías se identifica más.**

- Mujer
- Hombre → PASE A LA PREGUNTA 38
- Transgénero/Trans femenino
- Transgénero/Trans masculino → PASE A LA PREGUNTA 38
- Género non conformé → PASE A LA PREGUNTA 39
- Algo más encaja mejor → PASE A LA PREGUNTA 39
- No estoy seguro de mi identidad de género → PASE A LA PREGUNTA 39

**37. ASK IF FEMALE OR TRANSGENDER/TRANS FEMALE**

**Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 4 o más bebidas en una ocasión?**

--	--

Por favor escriba el número de veces que tomó 4 o más bebidas,

**AHORA PASE A LA PREGUNTA 39**

**38. ASK IF MALE OR TRANSGENDER/TRANS MALE**

**Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días tomó 5 o más bebidas en una ocasión?**

--	--

Por favor escriba el número de veces que tomó 5 o más bebidas

**39. Durante los últimos 30 días, ¿cuál es la mayor cantidad de tragos que tomó en alguna ocasión?**

--	--

Por favor escriba la mayor cantidad de bebidas

**40. Durante los últimos 12 meses, ¿quiso o intentó reducir o dejar de beber alcohol?**

- Sí
- No → PASE A LA PREGUNTA 42
- No estoy seguro → PASE A LA PREGUNTA 42

- 41. Durante los últimos 12 meses, ¿pudo reducir o dejar de beber alcohol cada vez que quiso o intentó?**
- Sí
  - No
  - No estoy seguro
- 42. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?**
- Sí
  - No → PASE A LA PREGUNTA 44
  - No estoy Seguro → PASE A LA PREGUNTA 44
- 43. ¿Alguna de estas caídas causó una lesión que limitó sus actividades habituales durante al menos un día o lo llevó a ver a un médico?**
- Sí
  - No
  - No estoy seguro
- 44. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha aplicado una vacuna contra la gripe en la nariz o se le inyectó una vacuna contra la gripe en el brazo?**
- Sí
  - No
  - No estoy Seguro
- 45. ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la culebrilla o herpes zóster?**
- Sí
  - No
  - No estoy seguro
- 46. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la neumonía también conocida como vacuna antineumocócica?**
- Sí
  - No
  - No estoy seguro

**Las siguientes preguntas son sobre usted. Recuerde, sus respuestas son confidenciales.**

**47. ¿Se considera ...**

- Gay o lesbiana
- Heterosexual, es decir, no lesbiana o gay
- Bisexual
- ¿Algo más? \_\_\_\_\_

**48. ¿Cuál de estas categorías describe mejor su estado civil actual?**

- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Separado
- Nunca se casó
- Miembro de una pareja no casada
- Miembro de una pareja doméstica registrada
- No estoy seguro

**49. ¿Cuál es su edad?**

--	--	--

 Años de edad

**50. ¿Qué tan alto eres sin zapatos?**

	Pies			Pulgadas
--	------	--	--	----------

**51. ¿Cuánto pesa sin zapatos?**

--	--	--

 Libras

**52. ¿Usted es dueño/a o alquila su casa?**

- Dueño/a
- Alquila
- Algo más
- No estoy seguro

**53. Por favor, complete los últimos 3 dígitos del código postal donde vive actualmente.**

9	7			
---	---	--	--	--

Código Postal

**54. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?**

- Nunca asistí a la escuela o solo asistí al jardín infantil
- Grados 1 a 8 (Primaria)
- Grados 9 a 11 (Algo de escuela secundaria)
- Grado 12 (Graduado de secundaria)
- GED (No se graduó de la escuela secundaria, en cambio obtuvo un GED)
- Universidad de 1 año a 3 años (Alguna universidad o escuela técnica)
- Colegio de 4 años o más (Graduado universitario)
- No estoy seguro

**55. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?**

- Empleado asalariado
- Autónomo
- Sin trabajo por 1 año o más
- Sin trabajo por menos de 1 año
- Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa
- Un estudiante
- Retirado
- Imposibilitado de trabajar
- No estoy seguro

**56. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar? (Escriba a continuación el número de adultos, niños de 5 a 17 años y menores de 5 años).**

--	--

Adultos que tiene 18 años de edad o más

--	--

Niños de 5 a 17 años

--	--

Niños menores de 5 años

**57. ¿Es su ingreso familiar anual que proviene de todas las fuentes ...**

- Menos de \$ 10,000
- Entre \$ 10,000 y \$ 15,000
- Entre \$ 15,000 y \$ 20,000
- Entre \$ 20,000 y \$ 35,000
- Entre \$ 35,000 y \$ 50,000
- Entre \$ 50,000 y \$ 75,000
- Entre \$ 75,000 y \$ 100,000
- \$ 100,000 o más
- No estoy seguro

**58. ¿Cuántos números de teléfono en total tienen los miembros de su hogar?**

--	--

Número de teléfonos fijos

--	--

Número de celulares

**59. Pensando en todas las llamadas telefónicas que recibe en su teléfono fijo y celular, ¿qué porcentaje, entre 0 y 100, se recibe en su teléfono celular?**

--	--	--

% Teléfono celular

**Responda la pregunta 60 sobre el origen hispano y las preguntas 61 y 62 sobre la raza. Para este estudio, el origen hispano también se incluye con la raza.**

**60. Eres Hispano, Latino / a / x o de origen español?**

- No, no de origen Hispano, Latino / a / x, o español
- Sí, Mexicano, Mexicoamericano, Chicano / a / x
- Sí, Puertorriqueño
- Sí, Cubano
- Sí, Mixteco o Maya
- Sí, otro origen Hispano, Latino / a / x o español (por ejemplo, Salvadoreño, Dominicano, Colombiano, Guatemalteco, Español, Ecuatoriano, etc.)

**61. ¿Con qué raza te identificas? (Elija tantos como corresponda)**

- Negro o afroamericano
- Origen hispano, latino / a / x, o español
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Medio Oriente o África del Norte
- Indio asiático
- Chino
- Filipino / a / x
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Nativo de Hawái
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Estados Federados de Micronesia
- Marshalés
- Otras islas del Pacífico
- No estoy seguro

**62. ¿Qué raza le identifica mejor? (Por favor, elija solo uno)**

- Multirracial / Ninguna raza me describe mejor
- Origen hispano, latino / a / x, o español
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Medio Oriente o África del Norte
- Indio asiático
- Chino
- Filipino / a / x
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Nativo de Hawái
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Estados Federados de Micronesia
- Marshalés
- Otras islas del Pacífico
- No estoy seguro



**63. ¿En cuál de estos condados de Oregon vive ahora?**

- Baker
- Benton
- Clackamas
- Clatsop
- Columbia
- Coos
- Crook
- Curry
- Deschutes
- Douglas
- Gilliam
- Grant
- Harney
- Hood River
- Jackson
- Jefferson
- Josephine
- Klamath
- Lake
- Lane
- Lincoln
- Linn
- Malheur
- Marion
- Morrow
- Multnomah
- Polk
- Sherman
- Tillamook
- Umatilla
- Union
- Wallowa
- Wasco
- Washington
- Wheeler
- Yamhill

**64. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tenía alguno de los siguientes síntomas?**

	Si	No	No estoy seguro
Ataque al corazón (infarto de miocardio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina o enfermedad coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier otro tipo de cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cualquier forma de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un trastorno depresivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**65. Por favor, díganos si tiene cada una de las siguientes condiciones de salud.**

	Si	No	No estoy seguro
¿Es usted sordo o tiene graves dificultades para oír?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver? incluso con lentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer mandados solo, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**66. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál, si alguno, de los siguientes programas ha utilizado?**

	Si	No	No estoy seguro
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardería infantil / Guardería relacionada con el empleo (ERDC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oregon P-EBT Pandemia Reemplazo de comidas escolares o gratis / comidas escolares reducidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) o Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oregon Energy Fund (anteriormente HEAT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**67. ¿Qué dispositivo usó para responder estas preguntas?**

- Computadora de escritorio o portátil
- Tableta (como un iPad u otra tableta)
- Smartphone (como un iPhone, teléfono de Google o Android)
- Otro \_\_\_\_\_

**¡Muchas gracias por compartir su información como parte de este estudio!**

**Utilice el espacio a continuación si hay algo más que le gustaría contarnos sobre los tipos de servicios y programas que se necesitan en su comunidad para apoyar la salud.**