



**Encuesta de salud
para adultos de
Oregon 2024**

Para que Oregon sea saludable

**Para comprender mejor las experiencias y
necesidades de salud de los adultos en cada
región del estado**

**Si prefiere completar esta encuesta por internet, visite
www.Oregon.gov/HealthyAdults
e ingrese su Código de Acceso**

- A. ¿Es usted el adulto, de 18 años o más, en su hogar que cumplió años más recientemente?**
- Sí → Continuar
 - No → Pídale al miembro del hogar que tenga 18 años o más y haya cumplido años más recientemente que complete la encuesta.



Bienvenido(a) a la Encuesta de salud para adultos de Oregón,

Su hogar fue seleccionado al azar para responder a esta importante encuesta sobre la salud de las personas y las comunidades en Oregon. La Autoridad de Salud de Oregón es una agencia estatal enfocada en mejorar la calidad y disponibilidad de la atención médica para todos los habitantes de Oregón. Estamos realizando esta encuesta para comprender mejor sus experiencias de salud y saber cómo apoyar la salud de los adultos en cada parte del estado.

Por favor, haga que el adulto (de 18 años o más) en su hogar, **que haya cumplido años más recientemente**, complete el cuestionario. **Envíelo por correo lo antes posible** en el sobre de devolución con franqueo pago.

Para que participar sea lo más fácil posible, también hemos puesto esta encuesta a disposición en línea. Si lo prefiere, puede utilizar el cuestionario adjunto para conocer cuáles son las preguntas. Luego, responda a través de Internet visitando: www.Oregon.gov/HealthyAdults e ingresando el Código de Acceso en el anverso de este folleto.

Cualquiera de estas opciones está bien, pero por favor no responda a ambos cuestionarios, en papel e Internet.

Para completar la encuesta en papel, siga estas instrucciones al proporcionar sus respuestas:

Instrucciones para marcar

- Utilice un lápiz Núm. 2 o bolígrafo de tinta azul o negra.
- No utilice bolígrafos con tinta que traspase el papel.
- Haga marcas solidas que llenan completamente la respuesta.
- No haga marcas innecesarias a este formulario.

CORRECTO: ●

INCORRECTO: ✓ ✗ ◐ ◑

Para obtener más información sobre la encuesta, visite www.Oregon.gov/HealthyAdults o póngase en contacto con Kimberly Phillips llamando al (503) 910-4992 o por e-mail enviando un mensaje a Kimberly.Phillips@oha.oregon.gov.

¡Muchas gracias por su ayuda!

Kimberly Phillips, PhD
Servicios de Diseño y Evaluación de Programas
División de Salud Pública
Autoridad de Salud de Oregon

Servicios de Diseño y Evaluación de Programas | Autoridad de Salud de Oregon
800 NE Oregon Street Suite 260 | Portland, OR 97232

1. ¿Diría usted que su estado de salud en general es...?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

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

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Número de días

3. Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su estado de salud mental no fue bueno?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Número de días

4. ¿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(a)

5. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

| | | | | |
|--|------|--|--|----------|
| | pies | | | pulgadas |
|--|------|--|--|----------|

6. Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 libras

7. ¿Cuál es su edad actual?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 Años de edad

8. ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido(a) usted, tienen 18 años o más?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Número de adultos

9. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su estado civil actual?

- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Separado(a)
- Nunca se casó
- Miembro de una pareja no casada
- Un miembro de una pareja doméstica registrada

10. ¿Cuál de las siguientes es la fuente principal de su seguro médico actual?

- Plan a través de un empleador o sindicato (el suyo o el de otra persona)
- Medicare
- Medigap
- Oregon Health Plan (Medicaid)
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Atención médica relacionada con las fuerzas armadas
- Servicio de Salud Indígena
- Otro (por favor, especifique)

-
- Sin seguro médico de ningún tipo
 - No estoy seguro(a)

11. ¿Actualmente usa los siguientes productos de nicotina o tabaco (no incluya productos de marihuana en su respuesta)?

| | Todos los días | Algunos días | Nunca |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. Cigarrillos (sin mentol) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Cigarrillos mentolados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Cigarrillos electrónicos o de vapeo (sin mentol) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Cigarrillos electrónicos de mentol o de vapeo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Cigarros de tamaño completo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. Cigarros o puritos de menor tamaño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Durante los últimos 30 días, ¿ha usado algún producto de tabaco o vapeo con menta, fruta, café u otros sabores (no incluya productos de marihuana)?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

13. ¿Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que tenía...

| | Sí | No | No lo sé |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. Ataque cardíaco (infarto de miocardio) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Angina o enfermedad coronaria | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Un derrame cerebral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Asma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. En caso afirmativo, ¿todavía tiene asma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. Cáncer de piel que no sea melanoma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Melanoma u otros tipos de cáncer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. EPOC, enfisema o bronquitis crónica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| I. Un trastorno depresivo (por ejemplo, depresión mayor o menor) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| J. Enfermedad renal (sin incluir cálculos renales, infección de la vejiga o incontinencia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| K. Artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. ¿Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que tenía...

| | Sí | No | No lo sé |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A. Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. En caso afirmativo, y si es mujer, ¿fue solo cuando estaba embarazada? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. Prediabetes o diabetes limítrofe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Trastorno por consumo de sustancias relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. Otras enfermedades crónicas (especifique) _____ | | | |

Las siguientes preguntas se refieren a eventos que sucedieron durante su infancia. La siguiente información nos permitirá comprender mejor las dificultades que pueden ocurrir temprano en la vida y puede ayudar a otros en el futuro.

- 15. ¿Vivió con alguien que tenía depresión, una enfermedad mental o tendencias suicidas?**
- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)
- 16. ¿Vivió con alguien que tenía problemas con el alcohol o que era alcohólico?**
- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)
- 17. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilícitas o que abusó medicamentos recetados?**
- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)
- 18. ¿Vivió con alguien que estuvo preso o que fue sentenciado a pasar tiempo en la cárcel, prisión o algún otro centro correccional?**
- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)
- 19. ¿Sus padres estaban separados o divorciados?**
- Sí
 - No
 - No estoy seguro(a)
- 20. ¿Con qué frecuencia sus padres o adultos en la casa se cacheteaban, pegaban, pateaban, se daban puñetazos o palizas?**
- Nunca
 - Una vez
 - Más de una vez
- 21. Sin incluir palmadas (antes de que usted cumpliera los 18 años) ¿con qué frecuencia sus padres o un adulto en la casa le pegaron, golpearon, patearon o lastimaron físicamente de alguna manera?**
- Nunca
 - Una vez
 - Más de una vez
- 22. ¿Con qué frecuencia uno de sus padres o un adulto en su casa lo maldecía, insultaba o humillaba?**
- Nunca
 - Una vez
 - Más de una vez
- 23. ¿Con qué frecuencia alguien al menos 5 años mayor que usted o un adulto alguna vez lo tocó sexualmente?**
- Nunca
 - Una vez
 - Más de una vez

24. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, intentó hacer que usted la tocara sexualmente?

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez

25. ¿Con qué frecuencia alguna persona al menos 5 años mayor que usted, o un adulto, lo forzó a tener relaciones sexuales?

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez

26. ¿Por cuánto tiempo durante su niñez hubo un adulto en su hogar que lo hizo sentirse seguro y protegido?

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

27. ¿Por cuánto tiempo durante su niñez hubo un adulto en su hogar que se esforzó bastante para asegurarse de que las necesidades básicas de usted estuvieran cubiertas?

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- La mayor parte del tiempo
- Todo el tiempo

28. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe cómo se siente con respecto a su consumo actual de alcohol?

- No bebo alcohol
- Bebo alcohol y no quiero cambiar la cantidad que bebo
- Quiero beber menos alcohol
- Quiero dejar de beber alcohol

29. ¿Considera que se está recuperando de alguna de las siguientes sustancias (*seleccione todas las que apliquen*)?

- No me estoy recuperando ni en recuperación del consumo de ninguna sustancia
- Tabaco o nicotina
- Alcohol
- Cannabis o marihuana
- Opiáceos como Vicodin, OxyContin, fentanilo o heroína
- Drogas estimulantes como la metanfetamina o la cocaína
- Psicodélicos como setas o LSD
- Benzodiazepinas como Xanax o Valium

Si desea obtener información o referencias de problemas relacionados con las últimas preguntas, utilice los siguientes números gratuitos:

Número de Crisis en todo el estado de Oregon – 1 (888) 235-5333

Línea Directa Nacional contra la violencia doméstica – 1 (800) 799-SAFE (7233)

Línea Directa Nacional contra la agresión sexual – 1 (800) 656-HOPE (4673)

Línea Directa Nacional contra el maltrato infantil – 1 (800) 4-A-CHILD (1-800-422-4453)

Línea Directa Nacional contra el suicidio y crisis – 988

Línea de ayuda sobre alcohol y drogas - 1 (800) 923-4357

Las siguientes preguntas son sobre juego, para que podamos comprender mejor la relación entre el juego problemático y otros problemas de salud pública. El juego implica apostar o arriesgar cualquier cosa de valor en un juego o evento para poder ganar dinero o algo de valor. Los ejemplos incluyen comprar raspaditas y ganar a la lotería, jugar a las cartas por dinero, apostar en eventos deportivos, pagar dinero para participar en un sorteo, jugar a las máquinas tragamonedas o a la vídeo lotería.

30. ¿Ha realizado alguna de estas apuestas u otras actividades de juego en los últimos 12 meses?

- Sí
- No → CASO NEGATIVO, PASE A LA P36
- No estoy seguro(a)

31. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha visto inquieto(a), irritable o ansioso(a) al tratar de detener o reducir las apuestas?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

32. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de evitar que su familia o amigos sepan cuánto apostó?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

33. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas financieros como resultado de apuestas, de tal forma que tuvo que pedir ayuda para los gastos diarios a la familia, amigos o bienestar social?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

34. Durante los últimos 30 días, ¿apostó o hizo apuestas en internet o utilizó una aplicación?

- Sí
- No → CASO NEGATIVO, PASE A LA P35
- No estoy seguro(a)

35. Nos gustaría saber si los habitantes de Oregon apuestan en sitios que no están obligados a exhibir protecciones para los apostadores. Durante los últimos 30 días, ¿el sitio de apuestas o la aplicación principal en la que apostó no estaba regulado en Oregon, por ejemplo, un sitio de casino o sala de póquer fuera del país?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

Las siguientes preguntas son sobre usted. Recuerde que sus respuestas son completamente confidenciales.

36. ¿Vive en casa propia o rentada?

- Propia
- Rentada
- Otra situación de vivienda

37. ¿Cuál es el nivel de educación o grado escolar más alto que ha completado?

- Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- 1. o a 8. o grado (escuela primaria)
- 9. o a 11. o grado (algunos estudios secundarios)
- 12. o grado o diploma
- GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- 4 años o más de universidad (graduado universitario)

38. Complete los últimos 3 dígitos del código POSTAL donde vive actualmente.

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 9 | 7 | | | |
|---|---|--|--|--|

 código postal

39. ¿En cuál de estos condados de Oregon vive actualmente?

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Baker | <input type="radio"/> Harney | <input type="radio"/> Multnomah |
| <input type="radio"/> Benton | <input type="radio"/> Hood River | <input type="radio"/> Polk |
| <input type="radio"/> Clackamas | <input type="radio"/> Jackson | <input type="radio"/> Sherman |
| <input type="radio"/> Clatsop | <input type="radio"/> Jefferson | <input type="radio"/> Tillamook |
| <input type="radio"/> Columbia | <input type="radio"/> Josephine | <input type="radio"/> Umatilla |
| <input type="radio"/> Coos | <input type="radio"/> Klamath Lake | <input type="radio"/> Union |
| <input type="radio"/> Crook | <input type="radio"/> Lane | <input type="radio"/> Wallowa |
| <input type="radio"/> Curry | <input type="radio"/> Lincoln | <input type="radio"/> Wasco |
| <input type="radio"/> Deschutes | <input type="radio"/> Linn | <input type="radio"/> Washington |
| <input type="radio"/> Douglas | <input type="radio"/> Malheur | <input type="radio"/> Wheeler |
| <input type="radio"/> Gilliam | <input type="radio"/> Marion | <input type="radio"/> Yamhill |
| <input type="radio"/> Grant | <input type="radio"/> Morrow | <input type="radio"/> No estoy seguro(a) |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Empleado(a) por salario | <input type="radio"/> Estudiante |
| <input type="radio"/> Trabajador(a) independiente | <input type="radio"/> Jubilado(a) |
| <input type="radio"/> Desempleado(a) por 1 año o más | <input type="radio"/> No puedo trabajar |
| <input type="radio"/> Desempleado(a) por menos de 1 año | <input type="radio"/> No estoy seguro(a) |
| <input type="radio"/> Mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa | |

41. ¿Qué idioma o idiomas utiliza en casa?

42. ¿Qué idioma preferiría usar para leer información escrita importante, como por ejemplo médica, legal o de salud?

43. (OMITIR SI NO USA UN IDIOMA QUE NO SEA EL INGLÉS O LENGUAJE DE SEÑAS)
¿Qué tan bien habla inglés?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Muy bien | <input type="radio"/> Nada bien |
| <input type="radio"/> Bien | <input type="radio"/> No lo sé |
| <input type="radio"/> No tan bien | <input type="radio"/> No quiero responder |

44. ¿Cuál es su género (seleccione todas las que correspondan)?

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Agénero / Sin género
- Género fluido
- No aparece en la lista (describa) _____
- No lo sé
- No entiendo lo que se pregunta
- Prefiero no responder

45. ¿Es transgénero?

- Sí
- No
- En proceso de cuestionamiento (Questioning)
- No lo sé
- No entiendo lo que se pregunta
- Prefiero no responder

46. ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual (seleccione todas las que correspondan)?

- Lesbiana
- Gay
- Bisexual
- Heterosexual
- Pansexual
- Asexual
- Queer
- En proceso de cuestionamiento (Questioning)
- No aparece en la lista (describa) _____
- No lo sé
- No entiendo lo que se pregunta
- Prefiero no responder

47. Describa su orientación sexual o identidad sexual la forma que prefiera:

48. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? (seleccione todas las que correspondan)

Hispano y latino/a/x

- Centroamericano
- Mexicana
- Sudamericano
- Otros hispanos o latinos

Nativos de Hawái y de las islas del Pacífico

- Chamorro
- Marshallese
- Comunidades de la Región de Micronesia
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Otros isleños del Pacífico

Blanca

- Europa del Este
- Eslavo
- Europa occidental
- Otros blancos

Indio americano y nativo de Alaska

- Indio americano
- Nativo de Alaska
- Canadiense, Inuit, Metis o Primera Nación
- Indígenas mexicanos, centroamericanos o sudamericanos

Negra y afroamericana

- Afroamericano
- Afrocaribeño
- Etíope
- Somalí
- Otro africano (negro)
- Otros negros

Medio este/Norteafricano

- Medio este
- Norteafricano

Asiática

- Indio asiático
- Camboyano
- Chino
- Comunidades de Myanmar
- Filipino/a
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Asia meridional
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Otras categorías

- Otros (por favor, describa):

-
- No lo sé
 - Prefiero no responder

49. Si marcó más de una categoría arriba, ¿hay alguna que considere su identidad racial o étnica principal?

- Sí (¿Cuál?) _____
- No es aplicable, solo marqué una categoría arriba
- No tengo una sola identidad racial o étnica primaria
- No, me identifico como Biracial o Multirracial
- No lo sé
- Prefiero no responder

50. Describa su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia la forma que prefiera:

51. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a encontrar diferencias de salud y servicio entre las personas con y sin dificultades funcionales.

| | Sí | En casi afirmativo: ¿A que edad comenzó esta condición? | No | No lo sé |
|--|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| A. ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, incluso al usar lentes? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir las escaleras? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. ¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer las cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. Usando su lenguaje normal (habitual), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender o ser entendido(a) por otros)? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para atender mandados solo(a), como por ejemplo visitar la oficina de un médico o ir de compras? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> | No entiendo lo que se pregunta | | |
| I. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente? ¿Estado de ánimo, sentimientos intensos, control de su comportamiento o experimenta delirios o alucinaciones? | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> | No entiendo lo que se pregunta | | |

PASE A LA PÁGINA PARA CONTINUAR

52. Utilice el siguiente espacio para decirnos lo que desee sobre los sitios, servicios y programas de su comunidad que ayudan a mejorar su salud.

53. Utilice el siguiente espacio para decirnos lo que desee sobre los sitios, servicios y programas de su comunidad que SON NECESARIOS para mejorar su salud.

Muchas gracias por ayudarnos a mejorar los servicios de salud en todo el estado de Oregón