Cook County Health Survey

SAMPLE ONLY

Cook County DEPT. of Public Health

INTRODUCCIÓN

¡Gracias por completar esta encuesta! Se lleva a cabo en nombre del Departamento de Salud Pública del Condado de Cook (CCDPH, por sus siglas en inglés). La información que proporcione ayudará a CCDPH a conocer la salud de las personas en *su* vecindario y cómo mejorar las cosas. Por ejemplo, su información ayudará al Departamento de Salud Pública del condado de Cook a crear programas para reducir el tabaquismo, mejorar el acceso a los servicios médicos y asegurar que los residentes puedan obtener comida saludable.

Completar esta encuesta toma cerca de 25 minutos y cualquier información que proporcione será confidencial. La participación es voluntaria.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre esta encuesta, visite el sitio web https://www.CookCountyHealthSurvey.org, llámenos gratis al 1-800-844-4587 o envíenos un mensaje de correo electrónico a CookCountyHealthSurvey@rti.org.

Haremos preguntas sobre su salud y las cosas que pueden afectar su salud, tales como su vecindario y si tiene o no acceso a servicios médicos.

INSTRUCCIONES

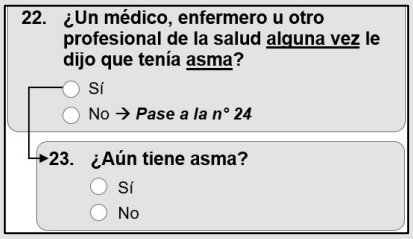
SAMPLE ONLY

- **Esta encuesta debe llenarla el adulto (debe ser mayor de 18 años de edad) en el hogar que tenga el próximo cumpleaños. De esta manera, se ayuda a asegurar un estudio representativo de las residentes del Condado de Cook.**

- **Responda todas las preguntas rellenando completamente el círculo a la izquierda de su respuesta, de esta forma:**

  ● Sí
  ○ No

- **A veces se le pide saltar algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta debe responder a continuación, de esta forma:**


22. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía asma?
○ Sí
○ No → *Pase a la n° 24*

23. ¿Aún tiene asma?
○ Sí
○ No

En este ejemplo, si responde "Sí" a la Pregunta 22, debe continuar con la Pregunta 23.

Si responde "No" a la Pregunta 22, debe continuar con la Pregunta 24.

- **Si es posible, utilice un bolígrafo de tinta negra o azul.**

5316065893

COMIENCE AQUÍ

SALUD GENERAL

1. ¿Diría que, en general, su salud es...?

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

2. ¿Tiene al menos una persona a la que considera su médico personal o proveedor de atención médica?

- ○ Sí
- ○ No

3. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a su médico o proveedor de atención médica para un chequeo de rutina? *Se considera un chequeo de rutina cuando un médico revisa su salud general (por ejemplo, presión arterial, temperatura, altura y peso, ojos, oídos, nariz y garganta).*

- ○ En los últimos 12 meses
- ○ Uno o más años
- ○ Nunca

4. En general, ¿qué tan feliz se siente con respecto a la atención médica que recibió en los últimos 12 meses?

- ○ Muy feliz
- ○ Un poco feliz
- ○ No muy feliz
- ○ No recibí atención médica en los últimos 12 meses

5. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que un dentista o higienista dental limpió sus dientes?

- ○ 6 meses o menos
- ○ Más de 6 meses, pero no hace más de un año
- ○ Hace más de un año
- ○ Nunca

6. ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados tales como las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), planes gubernamentales como Medicaid, Medicare o servicios de salud indígena?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 9 en la página 3***

7. ¿Cuál es su cobertura de atención médica principal?

- ○ Un plan adquirido a través de un empleador o sindicato (incluye planes adquiridos a través del empleador de otra persona)
- ○ Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su propia cuenta
- ○ Medicare
- ○ Medicaid u otro programa estatal
- ○ TRICARE (antes CHAMPUS), Asuntos de Veteranos (Veteran Affairs, VA) o militar
- ○ Nativo de Alaska, servicio médico indígena, servicios médicos tribales
- ○ Alguna otra fuente

8. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil obtener acceso a la atención, pruebas, terapias o tratamientos que consideró que necesitaba a través de su plan de salud?

- ○ Nunca
- ○ Algunas veces
- ○ Por lo general
- ○ Siempre
- ○ No necesité atención, ni realizarme pruebas o tratamientos en los últimos 12 meses

SAMPLE ONLY

4023065897

9. En los últimos 12 meses, ¿ha solicitado una acomodación para sus servicios de atención médica, debido a una discapacidad o condición de salud preexistente? *Los ejemplos de acomodaciones para los servicios de atención médica pueden incluir solicitar un intérprete de lenguaje de señas, permitir que un perro de servicio esté presente en una cita y solicitar un lector o un servicio de traducción de voz a voz.*

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 11***

10. ¿Le proporcionaron la acomodación solicitada?

- ○ Sí
- ○ No

11. Durante los últimos 12 meses, ¿le han colocado una inyección o una vacuna contra la gripe por la nariz?

- ○ Sí
- ○ No

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha podido acceder a la atención médica o a terapias cuando las ha necesitado?

- ○ Sí
- ○ No

13. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido una cita de telesalud con un proveedor de atención médica? *Se considera una cita de telesalud cuando habla con su médico o terapeuta por teléfono o por medio de una computadora.*

- ○ Sí
- ○ No

14. Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido o ha tenido que retrasar una o más citas médicas o de terapia?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 16***

15. ¿Cuáles son las razones por las que perdió o pospuso citas en los últimos 12 meses? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- ☐ Cuesta demasiado
- ☐ Tuve problemas para programarla(s), ya fuera a través de Internet o por teléfono
- ☐ No pude conseguir una cita lo suficientemente pronto
- ☐ Una vez que llegué al lugar, tuve que esperar demasiado para ver al médico
- ☐ El consultorio no estaba abierto cuando llegué
- ☐ No tenía transporte
- ☐ Tenía síntomas de COVID-19, o la clínica canceló mi cita debido a la pandemia del COVID-19
- ☐ Me sentí irrespetado por el consultorio o el personal médico
- ☐ Otra (por favor especifique)
- ○ No sé/No estoy seguro(a)

16. ¿Cuánto mide aproximadamente sin zapatos?

☐ pies ☐☐ pulgadas

17. ¿Cuánto pesa aproximadamente sin zapatos? *Si actualmente está embarazada, ¿cuánto pesaba antes de su embarazo?*

☐☐☐ libras

SAMPLE ONLY

18. ¿Cuál es su género?

- ○ Hombre
- ○ Mujer
- ○ Tercer género o no binario
- ○ Prefiere describirse a sí mismo

19. ¿Actualmente está embarazada?

- ○ Sí → ***Pase al n° 21***
- ○ No

20. ¿Ha estado embarazada en los últimos 12 meses?

- ○ Sí
- ○ No

CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

Las siguientes preguntas son acerca de si un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas.

Por "otro profesional de salud", nos referimos a un profesional de enfermería, asistente médico o algún otro profesional médico licenciado.

21. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía presión arterial alta?

- ○ Sí
- ○ Sí, pero solo cuando estaba embarazada
- ○ No

22. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía colesterol alto?

- ○ Sí
- ○ No

23. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía angina de pecho o enfermedad coronaria?

- ○ Sí
- ○ No

24. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía un ataque cerebral?

- ○ Sí
- ○ No

25. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía diabetes?

- ○ Sí
- ○ Sí, pero solo cuando estaba embarazada

} ***Pase al n° 27***

- ○ No

26. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía prediabetes o diabetes leve?

- ○ Sí
- ○ Sí, pero solo cuando estaba embarazada
- ○ No

27. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), enfisema o bronquitis crónica?

- ○ Sí
- ○ No

28. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía asma?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 30 en la página 5***

29. ¿Aún tiene asma?

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

30. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía alguna forma de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia?

- ○ Sí
- ○ No

31. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía cáncer de piel?

- ○ Sí
- ○ No

32. ¿Un médico, enfermero u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que tenía cualquier otro tipo de cáncer?

- ○ Sí
- ○ No

33. ¿Alguna vez se ha vacunado contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

- ○ Sí
- ○ No

34. ¿Alguna vez ha sido tratado por hepatitis C?

- ○ Sí
- ○ No

35. Sin incluir cálculos renales, infección de la vejiga o incontinencia, ¿alguna vez le dijeron que tenía una enfermedad renal?

- ○ Sí
- ○ No

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

☐☐ horas ☐☐ minutos

USO DE TABACO

37. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos (aproximadamente 5 cajetillas) durante toda su vida?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 43 en la página 6***

38. Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó algún médico u otro profesional de la salud que dejara de consumir tabaco?

- ○ Sí
- ○ No

39. Durante los últimos 12 meses, ¿le brindó algún médico u otro profesional de la salud algún recurso relacionado con dejar de consumir tabaco?

- ○ Sí
- ○ No

40. ¿Actualmente fuma cigarrillos todos los días, algunas veces o no fuma?

- ○ Todos los días
- ○ Algunos días
- ○ No fumo → ***Pase al n° 42 en la página 6***

41. Actualmente, cuando fuma cigarrillos, ¿con qué frecuencia fuma cigarrillos mentolados?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Nunca

→ ***Pase al n° 43 en la página 6***

SAMPLE ONLY

42. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo, incluso una o dos fumadas?

- ○ Hace menos de un año
- ○ Hace más de 1 año, pero menos de 5 años
- ○ Hace más de 5 años, pero menos de 10 años
- ○ 10 años o más
- ○ Nunca fumé con regularidad

43. ¿Usa actualmente cigarrillos electrónicos u otros productos de vapeo electrónico todos los días, algunos días, nunca, o nunca ha usado cigarrillos electrónicos?

- ○ Todos los días
- ○ Algunos días
- ○ Nunca
- ○ Nunca he usado cigarrillos electrónicos

Pase al n° 45

44. ¿Alguno de los cigarrillos electrónicos que usó tenía sabores como menta, fruta, caramelo o vino?

- ○ Sí
- ○ No

45. ¿Usa actualmente tabaco de mascar, rapé o snus todos los días, algunos días, nunca, o nunca los ha usado?

- ○ Todos los días
- ○ Algunos días
- ○ Nunca
- ○ Nunca he usado tabaco de mascar, rapé ni snus

CONSUMO DE CANNABIS

Las siguientes preguntas se tratan sobre la marihuana o cannabis, cuyo uso es legal en Illinois a partir del 1 de enero de 2020. Estas preguntas no se refieren al cannabidiol (CBD) ni otros productos sin tetrahidrocannabinol (THC). Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

46. ¿Alguna vez ha probado la marihuana o cannabis, aunque sea una vez?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 51 en la página 7***

47. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido marihuana o cannabis?

☐☐ días

→ ***Si respondió 0, pase al n° 50 en la página 7***

48. Cuando consumió marihuana o cannabis durante los últimos 30 días, ¿por lo general era por...?

- ○ Razones médicas (como tratar o reducir síntomas o condiciones médicas)
- ○ Razones no médicas (como divertirse o integrarse)
- ○ Tanto por razones médicas como no médicas

49. Durante los últimos 30 días, ¿cómo consumió marihuana? ¿Usted...?

Seleccione Sí o No por cada declaración.

	Sí	No
a. La fumó (en un porro, cachimba, pipa o canuto)?	○	○
b. La comió (en brownies, pasteles, galletas o caramelos)?	○	○
c. La bebió (en té, cola o alcohol)?	○	○
d. La vapeó (en un vaporizador parecido a un cigarrillo electrónico)?	○	○
e. La untó (usando hachís de aceite butano, cera o concentrados)?	○	○
f. La aplicó (como tópico o cremas)?	○	○
g. Otro (por favor especifique)	○	○

SAMPLE ONLY

4770065896

50. En los últimos 12 meses, ¿ha iniciado o aumentado el consumo de cannabis para afrontar el estrés?

- ○ Sí
- ○ No

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

51. ¿Cuántas porciones totales de <u>fruta</u> comió ayer?

Una porción sería igual a una manzana mediana o un puñado de uvas. Piense en todas las formas de frutas, como cocidas o crudas, frescas, congeladas o enlatadas.

Piense en todas las comidas, meriendas y alimentos consumidos en casa y fuera de ella. Si no las comió, ingrese 0.

☐☐ porciones

52. ¿Cuántas porciones totales de <u>vegetales</u> comió ayer?

Una porción sería igual a un puñado de brócoli o una taza de zanahorias. Piense en todas las formas de vegetales, incluyendo cocidos o crudos, frescos, congelados o enlatados.

Piense en todas las comidas, meriendas y alimentos consumidos en casa y fuera de ella. Si no los comió, ingrese 0.

☐☐ porciones

53. ¿Le resulta fácil o difícil conseguir frutas y verduras frescas?

- ○ Muy difícil
- ○ Un poco difícil

} ***Pase al n° 54***

- ○ Un poco fácil
- ○ Muy fácil

} ***Pase al n° 55***

54. ¿Cuáles son las razones por las que es difícil conseguir frutas y verduras frescas? *Por favor seleccione todas las que correspondan.*

- ☐ La(s) tienda(s) a menos de media milla de donde vivo no vende(n) frutas y verduras frescas
- ☐ La calidad de las frutas y verduras frescas donde compro es mala
- ☐ Las frutas y verduras frescas son demasiado caras donde yo compro
- ☐ La(s) tienda(s) donde uso mis beneficios de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefits Transfer) no vende(n) frutas y verduras frescas

55. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido cupones de alimentos del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT)?

- ○ Sí
- ○ No

56. ¿Qué tan cierta es la siguiente declaración: "En los últimos 12 meses, estuvimos preocupados por si nuestra comida se acababa antes de tener dinero para comprar más"?

- ○ Frecuentemente cierta
- ○ Algunas veces cierta
- ○ Nunca cierta

57. ¿Cuántos refrescos regulares o "pop" u otras bebidas endulzadas como té helado endulzado, bebidas deportivas, ponche de frutas u otras bebidas con sabor a fruta consume normalmente dentro de un periodo de 30 días?

<u>No</u> incluya refrescos dietéticos, bebidas sin azúcar ni jugos 100% de fruta. Si no las tomó, ingrese 0.

☐☐ bebidas

SAMPLE ONLY

58. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el agua que bebe con más frecuencia en su casa?

- ○ Agua del grifo sin filtrar
- ○ Agua del grifo filtrada
- ○ Agua embotellada
- ○ Agua de otra fuente

59. Durante los últimos 30 días, aparte de su trabajo regular, ¿participó en cualquier actividad física o ejercicio, como correr, bailar, jugar baloncesto, tomar clases de ejercicios, jardinería o caminar como ejercicio?

- ○ Sí
- ○ No

60. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted o alguien de su familia usó los parques, áreas de juego y/o campos deportivos de su vecindario?

- ○ Una vez a la semana o más
- ○ Varias veces al mes
- ○ Al menos una vez al mes
- ○ Algunas veces al año
- ○ Nunca

61. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha montado bicicleta, triciclo para adultos o bicicleta adaptable en su vecindario?

- ○ Una vez a la semana o más
- ○ Varias veces al mes
- ○ Al menos una vez al mes
- ○ Algunas veces al año
- ○ Nunca
- ○ No estoy en condiciones físicas para montar bicicleta

62. Durante los últimos 7 días, ¿alguna vez caminó o usó una silla de ruedas o escúter para desplazarse ida y vuelta de lugares como el trabajo, para ir de compras o para realizar otras actividades?

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No estoy en condiciones físicas para caminar, usar silla de ruedas o escúter

ALCOHOL Y MEDICAMENTOS RECETADOS

63. *Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol. 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.*

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos una bebida alcohólica de cualquier tipo?

Si no las tomó, ingrese 0.

[ ][ ] días

➔ ***Si respondió 0, pase al n° 66.***

64. ***[Si es hombre]*** **Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces, durante los últimos 30 días, tomó 5 o más bebidas en una ocasión?**

Si no las tomó, ingrese 0.

[ ][ ] veces

➔ ***Pase al n° 66***

65. ***[Si no es hombre]*** **Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces, durante los últimos 30 días, tomó 4 o más bebidas en una ocasión?**

Si no las tomó, ingrese 0.

[ ][ ] veces

66. En los últimos 12 meses, ¿ha iniciado o aumentado el consumo de alcohol para afrontar el estrés?

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

Las siguientes preguntas tratan sobre medicamentos que requieran una receta médica. No incluya medicamentos de "venta libre", como aspirina, Tylenol o Advil, que pueden comprarse en farmacias sin una receta médica. Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

67. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tomó un analgésico de receta médica, como oxicodona o hidrocodona, que le hubieran recetado?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 69***

68. Cuando tomó los analgésicos con receta médica en los últimos 12 meses, ¿alguna vez, incluso una vez, tomó más de lo indicado? Esto incluye tomar una dosis más alta o tomarla con mayor frecuencia a la indicada.

- ○ Sí
- ○ No

69. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez, incluso una vez, tomó un analgésico con receta médica, como oxicodona o hidrocodona, que <u>no</u> le hubieran recetado?

- ○ Sí
- ○ No

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de drogas. Las respuestas que las personas nos suministran sobre su consumo de drogas nos ayudan a brindarles servicios a quienes los necesitan. Sabemos que esta información es personal, pero recuerde que sus respuestas se mantendrán confidenciales.

70. ¿Alguna vez, aunque sea una vez, ha consumido alguna forma de heroína?

- ○ Sí
- ○ No

DETECCIÓN DE CÁNCER

71. Una mamografía es una radiografía de cada seno para detectar el cáncer de seno. ¿Alguna vez le han hecho una mamografía?

- ○ Sí
- ○ No→ ***Pase al n° 74***

72. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que se realizó una mamografía?

- ○ Menos de 12 meses
- ○ Al menos 1 año, pero menos de 2 años
- ○ Al menos 2 años, pero menos de 3 años
- ○ Al menos 3 años, pero menos de 5 años
- ○ 5 años o más

73. Una prueba de Papanicolaou es un examen para detectar el cáncer cervical. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 75***

74. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que se realizó una prueba de Papanicolaou?

- ○ Menos de 12 meses
- ○ Al menos 1 año, pero menos de 2 años
- ○ Al menos 2 años, pero menos de 3 años
- ○ Al menos 3 años, pero menos de 5 años
- ○ 5 años o más

75. ¿Le han hecho una histerectomía?

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

76. Un examen de detección de sangre en las heces puede hacerse en casa con un kit especial para determinar si las heces contienen sangre. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba usando un kit doméstico?

- ○ Sí
- ○ No

77. La sigmoidoscopia y colonoscopia son exámenes en los cuales se inserta una sonda en el recto para ver el colon, en busca de señales de cáncer u otros problemas de salud.

En el caso de una sigmoidoscopia, se inserta una sonda flexible en el recto para detectar problemas.

Una colonoscopia es similar, pero se usa una sonda más larga y, por lo general, a usted le administran un medicamento con una aguja en su brazo para sedarle y le piden que tenga a una persona que pueda llevarle a casa después de la prueba.

¿Alguna vez le han hecho uno de estos exámenes?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 80***

78. ¿Fue su último examen una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

- ○ Sigmoidoscopia
- ○ Colonoscopia

79. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que se realizó una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

- ○ Menos de 12 meses
- ○ Al menos 1 año, pero menos de 2 años
- ○ Al menos 2 años, pero menos de 3 años
- ○ Al menos 3 años, pero menos de 5 años
- ○ 5 años o más

SALUD MENTAL

Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió…

80. … nervioso(a)?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

81. … sin esperanzas?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

82. … impaciente o inquieto(a)?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

83. … tan deprimido(a) que nada podía animarle?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

84. … que debía esforzarse para todo?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

85. … inútil?

- ○ Todo el tiempo
- ○ La mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ Casi nunca
- ○ Nunca

SAMPLE ONLY

86. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que necesitó tratamiento de salud mental o asesoría, pero no la obtuvo?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 88***

87. ¿Fue alguna las siguientes razones un motivo para que no obtuviera el tratamiento de salud mental o la asesoría que necesitaba? *Seleccione Sí o No para cada declaración.*

	Sí	No
a. No podía cubrir el costo	○	○
b. Le preocupaba que obtener el tratamiento de salud mental o la asesoría pudiera hacer que sus vecinos o comunidad tuvieran una opinión negativa sobre usted	○	○
c. Le preocupaba que obtener el tratamiento de salud mental o la asesoría pudiera crear un efecto negativo en su trabajo	○	○
d. Su seguro médico no cubre ni paga lo suficiente por el tratamiento o asesoría de salud mental	○	○
e. No sabía a dónde ir a buscar los servicios	○	○
f. Le preocupaba que la información que le diera al asesor pudiera no mantenerse confidencial	○	○
g. Le preocupaba que pudieran enviarle a un hospital psiquiátrico o tuviera que tomar medicamentos	○	○
h. Intentó recibir tratamiento o asesoría de salud mental, pero lo/la pusieron en una lista de espera	○	○
i. No pudo encontrar un terapeuta que fuera competente desde el punto de vista cultural o en el tratamiento de discapacidades	○	○
j. Otro (por favor especifique)	○	○

SEGURIDAD FINANCIERA

88. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que no tuviera suficiente dinero para pagar sus facturas mensuales?

- ○ Sí, hubo momentos en que no tenía suficiente dinero para pagar mis facturas mensuales
- ○ No, siempre tuve suficiente dinero para pagar mis facturas mensuales
- ○ No lo sé

89. ¿Usted o alguien de su familia actualmente tiene una cuenta corriente o de ahorros?

- ○ Sí
- ○ No

SU VECINDARIO

90. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su vecindario?

- ○ Menos de un año
- ○ Al menos 1 año, pero menos de 5 años
- ○ Al menos 5 años, pero menos de 10 años
- ○ Al menos 10 años, pero menos de 20 años
- ○ 20 años o más

91. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?

- ○ Tengo un lugar para vivir actualmente, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ○ No tengo un lugar fijo para vivir (estoy viviendo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
- ○ Tengo un lugar estable para vivir

92. ¿Diría que en realidad se siente parte de su vecindario?

- ○ Totalmente de acuerdo
- ○ De acuerdo
- ○ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ○ En desacuerdo
- ○ Totalmente en desacuerdo

SAMPLE ONLY

93. ¿Aproximadamente a cuántas personas de su vecindario conoce lo suficientemente bien como para pedirles ayuda, si la necesitara?

Si ninguna, por favor ingrese 0.

☐☐ personas

94. ¿Se siente seguro(a) en su vecindario?

- ○ Sí, todo el tiempo
- ○ Sí, la mayor parte del tiempo
- ○ Algunas veces
- ○ No, la mayoría de las veces no

95. ¿En qué medida siente que usted y sus vecinos pueden influir sobre su comunidad?

- ○ En gran medida
- ○ De cierta forma
- ○ Un poco
- ○ De ninguna forma

96. ¿En qué medida confía en el gobierno local para hacer lo correcto por su comunidad?

- ○ En gran medida
- ○ De cierta forma
- ○ Un poco
- ○ De ninguna forma

97. Piense en los últimos 12 meses. ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades?

Seleccione Sí o No por cada declaración.

	Sí	No
a. Asistió a una reunión del vecindario sobre un problema local (de forma virtual, aplicando el distanciamiento social o en persona)	○	○
b. Votó en las últimas elecciones	○	○
c. Asistió a una fiesta o evento de la cuadra (de forma virtual, aplicando el distanciamiento social o en persona)	○	○
d. Recogió la basura o desperdicios en su cuadra	○	○
e. Cuidó un jardín o patio en su cuadra	○	○
f. Trabajó como voluntario en una organización comunitaria o sin fines de lucro local	○	○
g. Participó en un consejo escolar local o club de apoyo	○	○

SAMPLE ONLY

98. Califique la importancia de cada uno de los siguientes servicios para su barrio.
Seleccione una respuesta para cada declaración.

	Muy poco importante	Poco importante	Ni importante ni sin importancia	Algo importante	Muy importante
a. Limpieza de lotes vacíos	○	○	○	○	○
b. Reparación del alumbrado público	○	○	○	○	○
c. Clausura de inmuebles abandonados	○	○	○	○	○
d. Mantenimiento paisajístico de los parques	○	○	○	○	○
e. Reparación de los quioscos de las paradas de autobús	○	○	○	○	○
f. Instalación de carriles para bicicleta	○	○	○	○	○
g. Instalación de aceras	○	○	○	○	○
h. Instalación de medidas para calmar el tráfico, como reductores de velocidad, rotondas o señales de alto	○	○	○	○	○

SAMPLE ONLY

Piense en su vecindario actual. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones:

99. Las aceras de mi vecindario tienen buen mantenimiento (están pavimentadas, uniformes y no tienen muchas grietas).

- ○ Totalmente de acuerdo
- ○ De acuerdo
- ○ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ○ En desacuerdo
- ○ Totalmente en desacuerdo

100. Es fácil caminar, correr o circular hasta una parada de transporte público (autobús, tren) desde mi casa.

- ○ Totalmente de acuerdo
- ○ De acuerdo
- ○ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ○ En desacuerdo
- ○ Totalmente en desacuerdo

101. Por lo general, mi vecindario está libre de basura.

- ○ Totalmente de acuerdo
- ○ De acuerdo
- ○ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ○ En desacuerdo
- ○ Totalmente en desacuerdo

SU HOGAR

102. ¿Es propietario(a) o alquila su vivienda?

- ○ Es propia
- ○ Es alquilada
- ○ Algún otro arreglo

103. ¿Cuántas veces se inundó su residencia en el último año?

- ○ Ninguna
- ○ Una vez
- ○ Dos veces
- ○ Tres veces
- ○ Cuatro o más veces

104. ¿Tiene acceso a Internet confiable en casa?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 106***

105. ¿Cuál es el dispositivo principal que usa en casa para conectarse a Internet?

- ○ Computadora de escritorio
- ○ Computadora portátil
- ○ Tableta
- ○ Teléfono
- ○ Otro

106. ¿Cuántas personas, incluyéndose usted, viven en esta vivienda? *Por favor cuente a las personas que pasan la mayor parte del tiempo en esta vivienda. Ingrese un número por cada categoría. Si no hay ninguna, por favor ingrese 0.*

- [ ][ ] Adultos, mayores de 18 años
- [ ][ ] Niños, entre 11 y 17 años
- [ ][ ] Niños, entre 6 y 10 años
- [ ][ ] Niños, entre 1 y 5 años
- [ ][ ] Niños, menores de 1 año

107. ¿Viven en este hogar al menos tres generaciones de la misma familia? *Un ejemplo de tres generaciones sería un niño, sus padres y abuelos viviendo todos en el mismo hogar. Incluya a cualquier persona que viva en su casa que considere que forma parte de su familia, como parientes biológicos, adoptados o acogidos, así como parientes por matrimonio.*

- ○ Sí
- ○ No

108. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado violencia o malos tratos en su hogar?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 110***

109. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia experimentó violencia o malos tratos en su hogar?

- ○ Todos los días
- ○ Al menos cada semana
- ○ Al menos cada mes
- ○ Cada pocos meses
- ○ Una vez al año aproximadamente

110. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su hogar utilizó alguno de los siguientes servicios? *Por favor seleccione todos los que correspondan.*

- ☐ Servicios para las víctimas de delitos violentos (por ejemplo, indemnización a las víctimas de delitos, planificación de funerales)
- ☐ Servicios contra la violencia doméstica (por ejemplo, llamar a la línea de atención a la violencia doméstica, asesoramiento, mediación)
- ☐ Intervención en crisis y/o servicios de salud mental
- ☐ Servicios de empleo o de formación laboral
- ☐ Servicios para jóvenes (por ejemplo, programas extraescolares, empleos para jóvenes)
- ☐ Navegación y orientación en materia de servicios sociales (por ejemplo, apoyo a la vivienda o reubicación)
- ☐ Servicios jurídicos (por ejemplo, eliminación de antecedentes penales, representación legal)
- ☐ Apoyos educativos o escolares (por ejemplo, tutoría, instituto universitario comunitario)
- ○ Ninguna de las anteriores

SAMPLE ONLY

JUSTICIA PENAL

111. ¿En qué medida confía en su agencia de cumplimiento de la ley (policía)?

- ○ En gran medida
- ○ De cierta forma
- ○ Un poco
- ○ De ninguna forma

112. Desde los 18 años, ¿alguna vez le han arrestado, fichado o acusado por quebrantar la ley?

- ○ Sí
- ○ No

113. Desde los 18 años, ¿ha tenido alguna vez algún contacto cara a cara (en persona) con la policía?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 118 en la página 16***

114. Desde los 18 años, ¿alguna vez un oficial de policía le amenazó con ejercer la fuerza física en su contra? *Los ejemplos de fuerza física incluyen empujar o agarrar, retenerlo con cualquier dispositivo que no sean las esposas, patear o golpear, rociar con productos químicos o gas pimienta, utilizar una pistola de electrochoque como una pistola de aturdimiento, y apuntarle o dispararle con una pistola.*

- ○ Sí
- ○ No

115. Desde los 18 años, ¿alguna vez un oficial de policía ejerció la fuerza física en su contra? *Los ejemplos de fuerza física incluyen empujar o agarrar, retenerlo con cualquier dispositivo que no sean las esposas, patear o golpear, rociar con productos químicos o gas pimienta, utilizar una pistola de electrochoque como una pistola de aturdimiento, y apuntarle o dispararle con una pistola.*

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 118 en la página 16***

116. Desde los 18 años, ¿ha necesitado alguna vez tratamiento médico como consecuencia de que un agente de policía haya ejercido la fuerza física en su contra?

- ○ Sí
- ○ No

117. Desde los 18 años, ¿ha recibido alguna vez tratamiento médico como consecuencia de que un agente de policía haya ejercido la fuerza física en su contra?

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

NIÑOS Y ADOLESCENTES

118. ¿Hasta qué punto piensa que las siguientes situaciones son un gran problema para los niños y adolescentes en su vecindario? *Seleccione una respuesta para cada declaración.*

	Un gran problema	Un poco problemático	No es un problema	No sé/no estoy seguro(a)
a. La violencia relacionada con armas en los vecindarios	○	○	○	○
b. Que la salud de los niños de color sea peor que la salud de los niños blancos, también conocido como desigualdad racial	○	○	○	○
c. La discriminación y el racismo	○	○	○	○
d. La pobreza	○	○	○	○
e. El acoso, incluido el acoso cibernético	○	○	○	○
f. Abuso de drogas entre los jóvenes	○	○	○	○
g. Fumar y usar tabaco por los jóvenes, incluidos vapear o usar cigarrillos electrónicos	○	○	○	○
h. La falta de supervisión y participación de adultos hacia los niños y adolescentes	○	○	○	○
i. El estrés entre niños y adolescentes	○	○	○	○

SAMPLE ONLY

119. ¿Hasta qué punto piensa que las siguientes situaciones son un gran problema para los niños y adolescentes en su vecindario? *Seleccione una respuesta para cada declaración.*

	Un gran problema	Un poco problemático	No es un problema	No sé/no estoy seguro(a)
a. Depresión entre niños y adolescentes	○	○	○	○
b. Insuficiencia de oportunidades de trabajo para los padres	○	○	○	○
c. Insuficiencia de oportunidades de trabajo para los adolescentes y adultos jóvenes	○	○	○	○
d. Abuso y negligencia infantil	○	○	○	○
e. El suicidio entre niños y adolescentes	○	○	○	○
f. Obesidad infantil	○	○	○	○
g. Las redes sociales	○	○	○	○
h. La violencia en las escuelas	○	○	○	○
i. El embarazo en las adolescentes	○	○	○	○

120. ¿Hasta qué punto piensa que las siguientes situaciones son un gran problema para los niños y adolescentes en su vecindario? *Seleccione una respuesta para cada declaración.*

	Un gran problema	Un poco problemático	No es un problema	No sé/no estoy seguro(a)
a. Abuso de alcohol entre los jóvenes	○	○	○	○
b. Lesiones por accidentes entre niños y adolescentes	○	○	○	○
c. Los efectos de la pandemia por la COVID-19 en la salud mental de los jóvenes	○	○	○	○
d. Vivienda insegura	○	○	○	○
e. Problemas de salud de los padres que afectan a sus hijos	○	○	○	○
f. Asma infantil	○	○	○	○
g. El hambre	○	○	○	○
h. Mortalidad infantil	○	○	○	○
i. Infecciones por el COVID-19	○	○	○	○

COVID-19

121. ¿Ha recibido alguna prueba positiva del COVID-19 desde que comenzó la pandemia del COVID-19 en marzo de 2020?

○ Sí

○ No → ***Pase al n° 123***

122. ¿Tuvo algún síntoma que le haya durado 3 meses o más y que no tenía antes de contraer COVID-19?

○ Sí

○ No

123. Las vacunas contra el COVID-19 ya están disponibles. ¿Alguna vez recibió al menos una vacuna contra el COVID-19?

○ Sí

○ No → ***Pase al n° 125***

124. ¿Ha recibido al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19 desde el 1.º de septiembre de 2022?

○ Sí

○ No

○ No lo sé

→ ***Pase al n° 126 en la página 18.***

125. De la lista a continuación, por favor seleccione las razones por las que no ha recibido una vacuna contra el COVID-19. *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios de una vacuna contra el COVID-19

☐ Me preocupa la seguridad de la vacuna

☐ No sé si la vacuna me protegerá

☐ No creo que el COVID-19 sea una gran amenaza

☐ Ya tuve COVID-19 y tengo anticuerpos

☐ No creo que tenga un alto riesgo de complicaciones por COVID-19

☐ No creo que mis amigos/familiares estén en alto riesgo de complicaciones por COVID-19

☐ Mi médico no lo ha recomendado

☐ No confío en el gobierno

☐ No confío en la comunidad médica

☐ No tengo tiempo para vacunarme contra el COVID-19

☐ No sé a dónde ir para vacunarme contra el COVID-19 o no puedo obtener una cita

☐ Otro

SAMPLE ONLY

EMPLEO

126. ¿Actualmente es usted...?

- ○ Empleado(a) y recibe salario
- ○ Independiente
- ○ No ha trabajado por 1 año o más
- ○ No ha trabajado por menos de 1 año
- ○ Encargado(a) del hogar
- ○ Estudiante
- ○ Jubilado(a)
- ○ No puede trabajar

Pase al n° 130

127. ¿Tiene más de un trabajo? *Es decir, más de un empleador, no solo varios lugares de trabajo.*

- ○ Sí
- ○ No

128. Piense en su trabajo principal, ¿qué tipo de trabajo realiza? *Por ejemplo, enfermero registrado, conserje, cajero o mecánico de automóviles.*

129. Piense en su trabajo principal, ¿en qué tipo de empresa o industria trabaja? *Por ejemplo, hospital, escuela primaria, restaurante o supermercado.*

130. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna <u>lesión</u> relacionada con algún trabajo que haya tenido? *Algunos ejemplos de lesiones son: esguinces, torceduras o desgarros, molestias o dolores, hematomas, cortes o pinchazos, huesos rotos, lesiones musculares o articulares, heridas abiertas, quemaduras y síndrome del túnel carpiano.*

- ○ Sí
- ○ No

131. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna <u>enfermedad</u> relacionada con algún trabajo que haya tenido? *Algunos ejemplos de enfermedades son: trastornos de la piel, afecciones respiratorias, intoxicaciones, pérdida de audición, una enfermedad o infección, cáncer y ansiedad o depresión.*

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

EXPERIENCIAS ADVERSAS DURANTE LA NIÑEZ

Algunas de las siguientes preguntas son personales y podrían resultar angustiantes. Recuerde que puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder. La información que proporciona es confidencial.

132. Miraremos hacia atrás, antes de los 18 años... *Por favor responda Sí o No a cada declaración.*

	Sí	No
a. ¿Vivió con alguien que estuviera deprimido, con problemas mentales o con tendencias suicidas?	○	○
b. ¿Vivió con alguien que fuera alcohólico o tuviera problemas con la bebida?	○	○
c. ¿Vivió con alguien que consumía drogas ilegales o abusaba de los medicamentos con receta?	○	○
d. ¿Vivió con alguien que haya cumplido condena o haya sido condenado a cumplir condena en una prisión, cárcel u otro centro penitenciario?	○	○
e. ¿Estaban sus padres separados o divorciados?	○	○

SAMPLE ONLY

133. Miraremos hacia atrás, antes de los 18 años... *Por favor responda Sí o No a cada declaración.*

	Sí	No
a. ¿Sus padres o los adultos de su casa se abofetearon, pegaron, patearon, dieron puñetazos o se golpearon alguna vez?	○	○
b. Sin incluir las nalgadas, ¿sus padres le pegaron, golpearon, patearon o hirieron físicamente de alguna manera?	○	○
c. ¿Alguna vez sus padres o un adulto de su casa le dijo groserías, le insultó o menospreció?	○	○
d. ¿Alguna vez alguien de, como mínimo, 5 años más que usted o un adulto le tocó sexualmente?	○	○
e. ¿Alguna vez alguien de, como mínimo, 5 años más que usted o un adulto trató que lo tocara sexualmente?	○	○
f. ¿Alguna vez alguien de, como mínimo, 5 años más que usted o un adulto le obligó a tener relaciones sexuales?	○	○

Si usted o alguien que usted conoce están luchando con la salud mental, el uso de sustancias, la vivienda o la violencia doméstica, por favor comuníquese con NAMI Chicago al 833-626-4244 o a través del sitio web: https://www.namichicago.org.

Si necesita otro tipo de ayuda, por favor llame al 311 o 211. Si necesita ayuda inmediata, por favor llame al 911.

ACERCA DE USTED

134. ¿Qué edad tiene?

- ○ 18 a 24 años
- ○ 25 a 29 años
- ○ 30 a 44 años
- ○ 45 a 64 años
- ○ Más de 65 años

135. ¿Es usted hispano(a) o latino(a), o de origen español?

- ○ Sí
- ○ No → ***Pase al n° 137***

136. ¿Diría que usted es...? *Seleccione Sí o No para cada opción.*

	Sí	No
a. Mexicano(a), mexicano(a) americano(a) o chicano(a)	○	○
b. Puertorriqueño(a)	○	○
c. Cubano(a)	○	○
d. Otro origen hispano, latino o español	○	○

137. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es su raza? *Marque todos los que correspondan.*

- ☐ Blanca
- ☐ Negro o afroamericana
- ☐ Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Alguna otra raza

→ ***Si no es de raza asiática, pase al n° 139***

138. ¿Diría que usted es...? *Seleccione Sí o No para cada opción.*

	Sí	No
a. Indio(a) asiático(a)	○	○
b. Chino(a)	○	○
c. Filipino(a)	○	○
d. Japonés(a)	○	○
e. Coreano(a)	○	○
f. Vietnamita	○	○
g. Otro origen asiático	○	○

139. ¿Es sordo(a) o tiene dificultades graves para oír?

- ○ Sí
- ○ No

140. ¿Es ciego(a) o tiene dificultades graves para ver, incluso si usa anteojos?

- ○ Sí
- ○ No

141. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- ○ Sí
- ○ No

142. ¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras?

- ○ Sí
- ○ No

143. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- ○ Sí
- ○ No

144. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer diligencias solo(a), como visitar el consultorio del médico o ir de compras?

- ○ Sí
- ○ No

SAMPLE ONLY

145. ¿Se considera usted...?

- ○ Heterosexual o straight
- ○ Gay o lesbiana
- ○ Bisexual
- ○ Prefiere describirse a sí mismo

146. ¿Se considera usted transgénero?

Se considera transgénero cuando una persona piensa que es de un sexo diferente al que se le asignó al momento de nacer, como una persona que nació mujer y ahora se considera hombre.

- ○ Sí
- ○ No

147. ¿Está usted...?

- ○ Casado(a)
- ○ Divorciado(a)
- ○ Viudo(a)
- ○ Separado(a)
- ○ Nunca se ha casado
- ○ Miembro de una pareja no casada
- ○ Miembro de una unión civil

148. ¿Cuál es el grado o año escolar más avanzado que ha completado?

- ○ Menos que una graduación de la escuela secundaria o preparatoria o high school
- ○ Título de educación secundaria regular
- ○ GED o credencial alternativa
- ○ Algunos créditos universitarios o escuela técnica
- ○ Título de asociado universitario
- ○ Título de licenciatura universitaria
- ○ Posgrado o título profesional

149. ¿Cuál es su ingreso familiar combinado anual? *Por ingreso familiar nos referimos al ingreso combinado de todos los que viven en la vivienda, incluidos los compañeros de casa "roommates" o aquellos que reciben un ingreso por discapacidad.*

Sus respuestas son privadas y confidenciales y no pueden usarse para afectar sus beneficios.

$ ☐,☐☐☐,☐☐☐

150. Sin incluir esta encuesta, ¿ha participado alguna vez en algún tipo de estudio de investigación relacionado con la salud?

- ○ Sí
- ○ No

151. ¿Dónde obtiene su información de salud? *Por favor seleccione todos los que correspondan.*

- ☐ Médico/enfermero/farmacéutico/etc.
- ☐ Líder religioso
- ☐ Familia/amigos
- ☐ Redes sociales
- ☐ Noticias de radiodifusión
- ☐ Noticias impresas
- ☐ Radio
- ☐ Alguna otra fuente

SAMPLE ONLY

152. ¿Qué tan fácil o difícil es para usted hacer cada uno de los siguientes? *Seleccione una respuesta para cada declaración.*

	Muy difícil	Algo difícil	Algo fácil	Muy fácil
a. ¿Obtener asesoramiento confiable sobre su salud?	○	○	○	○
b. ¿Entender lo que le dicen los médicos?	○	○	○	○
c. ¿Rellenar formularios médicos por su cuenta?	○	○	○	○
d. ¿Entender la información de salud en los medios de comunicación?	○	○	○	○
e. ¿Aprovechar las actividades y recursos de su comunidad para mejorar su salud?	○	○	○	○
f. ¿Encontrar a alguien en su vecindario que le dé información o consejos de salud?	○	○	○	○

GRACIAS!

SAMPLE ONLY

153. ¿Podemos comunicarnos con usted en caso de que tengamos más preguntas?

○ Sí
○ No

154. ¿Nos da permiso para enviarle un mensaje de texto?

○ Sí
○ No

155. Por favor proporcione su información de contacto para enviarle sus 10$.

Nombre: _____

Apellido: _____

Correo electrónico (email): _____

Teléfono: ___ - ___ - ____
Código de área *Número*

¡Gracias por participar en la Encuesta de Salud del Condado de Cook!
Envíe este cuestionario en el sobre proporcionado a:

Cook County Health Survey
c/o RTI International
0218457.001.001
5265 Capital Boulevard
Raleigh, NC 27616-2925

Recibirá sus $10 dólares en tres o cuatro semanas.

SAMPLE ONLY