

Evaluación sobre las Necesidades de Salud de los Trabajadores del Campo

INSTRUCCIONES: Muchas gracias por ayudarnos a identificar o evaluar las necesidades de cuidados de salud que tienen los trabajadores de campo. Apreciamos mucho su participación y queremos que sepa que sus respuestas serán confidenciales. Por favor lea las preguntas y marque su respuesta con un .

INFORMACION DEMOGRAFICA:										
¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/>	13-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	30-39	<input type="checkbox"/>	40-55	<input type="checkbox"/>	56+
Es usted:	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre						
Es usted :	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Otro				
En esta comunidad, usted vive:	<input type="checkbox"/>	Sólo	<input type="checkbox"/>	Con la familia	<input type="checkbox"/>	Con amigos	<input type="checkbox"/>	Otro		
¿Cuántos niños viven con usted?	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4+
¿Cuál es su idioma principal? (el que más usa)	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Mixteco	<input type="checkbox"/>	Zapoteco	<input type="checkbox"/>	Otro
INFORMACION SOBRE LA SALUD:										
Piensa usted que su salud es:	<input type="checkbox"/>	Excelente	<input type="checkbox"/>	Muy buena	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Mala
Usted considera que su nivel de estrés es:	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>	Muy alto		
¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen físico completo?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen dental	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de los ojos?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Hace cuánto se hizo el chequeo del azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Hace cuánto se chequeó la presión?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra el tétano?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
¿Hace cuánto se hizo la prueba de la tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	< 1 año	<input type="checkbox"/>	2 años	<input type="checkbox"/>	5 años	<input type="checkbox"/>	10 años	<input type="checkbox"/>	Nunca
PARA MUJERES SOLAMENTE										
¿Se ha hecho alguna vez la prueba Pap?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Por qué no?					
Si es mayor de 40 años, ¿Alguna vez se ha hecho el mamograma?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Por qué no?:					
Si está embarazada, ¿Está recibiendo cuidado prenatal?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	¿Por qué no?:					

Evaluación sobre las Necesidades de Salud de los Trabajadores del Campo

PARA HOMBRES (MAYORES DE 40 AÑOS)								
¿Alguna vez le han hecho el examen de cáncer de la próstata?	[]	Si	[]	No	¿Por qué no?:			
PARA NIÑOS:								
¿Ha(n) recibido su(s) niños e todas las vacunas que se recomiendan?	[]	Si	[]	No	¿Por qué no?:			
En este momento, ¿necesita alguno de sus niños que lo vea un doctor o dentista?	[]	Si	[]	No				
USO DE LOS CUIDADOS DE SALUD								
Alguna vez le han dicho que usted tiene: (marque todos los que le aplican)	[]	diabetes	[]	Alta Presión	[]	Colesterol	[]	Enfermedad del corazón
¿Tiene un problema crónico de salud?								
¿Donde recibe atención médica?	[]	Nombre del Centro de Salud	[]	Hospital	[]	Mexico	[]	Otro
¿Tiene transportación cuando necesita ir a ver a un doctor o dentista?	[]	Si	[]	No				
¿En general que le impide buscar o obtener atención de salud?								
¿Tiene alguna otra preocupación con su salud o con los cuidados de salud que quisiera compartir con nosotros?								

!Muchas gracias por su ayuda!