



Tallahassee Memorial Healthcare

Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad, 2025

Cada tres años, Tallahassee Memorial Healthcare encuesta a los residentes de los condados de Gadsden, Jefferson, Leon y Wakulla para conocer sus experiencias de atención médica y escuchar sus opiniones sobre la salud y el bienestar en las comunidades a las que servimos. Su opinión es vital para nuestros esfuerzos para mejorar la atención médica de todos.

¡Apreciamos su tiempo!

Q1.1

Marque la casilla (caja) junto al condado en el que usted vive.

- LEON** (1)
- GADSDEN** (2)
- JEFFERSON** (3)
- WAKULLA** (4)
- No vivo en uno de estos condados** (5)

Q2.1

El Departamento de Salud de la Florida ha identificado los temas que se enumeran a continuación como prioridades para mejorar la salud de los ciudadanos de la Florida. ¿Cuáles cree que son los tres más importantes a abordar en nuestra comunidad? **Por favor marque tres.**

- Demencias relacionadas con la edad (1)**
Por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, demencia con Cuerpos de Lewy, demencia vascular
- Enfermedades y afecciones crónicas (2)**
Por ejemplo, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, cáncer y enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco
- Lesiones, seguridad y violencia (3)**
Por ejemplo, accidentes automovilísticos, caídas y violencia de pareja
- Salud materna, de infantes y de niños (4)**
Por ejemplo, nacimiento prematuro, muerte infantil o no recibir atención médica durante el embarazo
- Bienestar mental (5)**
Por ejemplo, depresión, ansiedad u otros trastornos emocionales y del comportamiento
- Cuestiones sociales y económicas que afectan la salud (6)**
Por ejemplo, oportunidades educativas, ingresos y empleo, transporte, ambiente sano y seguro, desastres relacionados con el clima
- Abuso de sustancias (7)**
Por ejemplo, personas que beben demasiado o consumen drogas ilegalmente
- Enfermedades transmisibles y emergentes (8)**
Por ejemplo, infecciones de transmisión sexual como el VIH, nuevas enfermedades como el COVID-19

Las preguntas de las páginas 3 a 7 tratan sobre su dependencia de los médicos y otros proveedores de atención médica.

Q3.1

¿Existe algún proveedor de atención primaria, consultorio médico, centro de salud u otro lugar en particular al que suele acudir si está enfermo o necesita consejos sobre su salud?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR RESPONDA LA Q3.3 A CONTINUACIÓN**

Q3.2

¿Es aquí donde acudiría para recibir atención médica preventiva, como chequeos generales, exámenes e inmunizaciones (vacunas)?

- Sí (1)
- No (2)

SI TIENE UN MÉDICO REGULAR, PASE A Q4.1 EN LA PÁGINA 5

Q3.3

Si no tiene un médico de atención primaria, ¿adónde acude cuando está enfermo o necesita asesoramiento sobre su salud? **Marque todas las que correspondan.**

Sala de emergencias (1)

Clínica comunitaria (2)

Por ejemplo, Bond Community Health Center, Carepoint Health and Wellness Center, North Florida Medical Center, Neighborhood Medical Center

Departamento de Salud (3)

Servicios de salud para estudiantes (4)

Clínica instalada dentro de una farmacia (5)

Por ejemplo, CVS Minute Clinic

Planned Parenthood (6)

Centro Médico de Veteranos / VA (7)

Atención de Urgencia / Clínica sin cita previa (8)

Telemedicina / Atención Virtual (9)

Otro, por favor especifique (10):

Q4.1

¿A dónde acude para recibir atención dental? **Marque todas las que correspondan.**

- Consultorio del Dentista (1)
- Sala de Emergencias (2)
- El 'Molar Express' en el Departamento de Salud del Condado de Leon (3)
- Otro Departamento de Salud del Condado (4)
- Atención de Urgencia / Clínica sin cita previa (5)
- Clínica comunitaria (6)

Por ejemplo, Bond Community Health Center or Neighborhood Medical Center

- Clínica de salud dental de Tallahassee State College (7)
- Otro, por favor especifique (8):

-
- No uso servicios dentales (9)

Q5.1

¿Utiliza servicios de salud mental o conductual (asesoramiento)?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q5.3 EN LA PÁGINA 7**

Q5.2

¿A dónde acude para recibir servicios de salud mental o conductual (asesoramiento)?

Marque todas las que correspondan.

- Consultorio médico o consejero (1)
 - Apalachee Center, Inc. (2)
 - DISC Village Behavioral Health (3)
 - Sala de Emergencias (4)
 - Programa de Asistencia al Empleado (5)
 - HCA Florida Capital Behavioral Health Center (6)
 - Tallahassee Memorial Behavioral Health Center (7)
 - Telemedicina / Atención Virtual (8)
 - Centro de asesoramiento universitario o universitario (9)
 - Atención de Urgencia / Clínica sin cita previa (10)
 - Otro, por favor especifique (11):
-

Q5.3

¿Utiliza servicios para problemas con el consumo de alcohol o drogas?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q6.1 EN LA PÁGINA 8**

Q5.4

¿A dónde va usted para obtener ayuda con problemas de consumo de alcohol o drogas? **Marque todas las que correspondan.**

- Consultorio médico o consejero (1)
 - Apalachee Center, Inc. (2)
 - DISC Village Behavioral Health (3)
 - Programa de Asistencia al Empleado (4)
 - HCA Florida Capital Behavioral Health Center (5)
 - Tallahassee Memorial Behavioral Health Center (6)
 - Townsend Addiction Recovery Center (7)
 - Centro de asesoramiento universitario o universitario (8)
 - Otro, por favor especifique (9):
-

A veces las personas tienen dificultades para acceder a atención o servicios médicos. En esta sección, le preguntamos sobre su experiencia al acceder a los servicios necesarios.

Q6.1

¿Alguno de estos factores le impide obtener atención o servicios médicos? **Marque todas las que correspondan.**

- Costo (1)
- Es difícil encontrar un proveedor que acepte nuevos pacientes (2)
- Es difícil encontrar un proveedor que acepte Medicaid (3)
- Estoy demasiado ocupado para ir al doctor (4)
- No tengo transporte (5)
- No confío en los médicos ni en otras personas médicas (6)
- Falta de servicios nocturnos o de fin de semana (7)
- Tarda demasiado en conseguir citas (8)
- Miedo a recibir malas noticias (9)
- No sé cómo obtener la atención o los servicios que necesito (10)
- No me gusta aceptar ayuda del gobierno (11)
- Puedo obtener la atención y los servicios que necesito (12)

**➔ POR FAVOR
SALTE A Q7.1
EN LA PÁGINA 12**

Q6.2

¿Qué tipos de servicios médicos y relacionados con la salud le resultan difíciles de obtener? **Marque todas las que correspondan.**

Terapias alternativas (1)

Por ejemplo, acupuntura, masajes

Servicios de ambulancia (2)

Atención quiropráctica (3)

Cuidado dental (4)

Médicos que se especializan en los tipos de atención que mi familia y yo necesitamos (5) ➔ **POR FAVOR RESPONDA Q6.2a EN LA PÁGINA 11**

Servicios de violencia doméstica (6)

Servicios de cuidado de personas mayores (7)

Atención de emergencia o urgencia (8)

Fin de la vida / hospicio / cuidados paliativos (9)

Planificación familiar / control de la natalidad (10)

Atención hospitalaria (11)

Asesoramiento sobre duelo o duelo (12)

Inmunizaciones / vacunas / inyecciones (13)

Trabajo de laboratorio (14)

Medicamentos/suministros médicos (15)

Atención/asesoramiento de salud mental (16)

Fisioterapia / Logopedia / Terapia ocupacional (17)

Exámenes preventivos (18)

Por ejemplo, mamografías, colonoscopia

Programas o apoyos para dejar de consumir productos de tabaco (19)

Servicios de apoyo para problemas de consumo de drogas o alcohol (20)

Cuidado de la vista (21)

Cuidados de bienestar (22)

Por ejemplo, asesoramiento nutricional, apoyo para perder peso

Radiografías o resonancia magnética (23)

Otro, por favor especifique (24):

SI NO MARCÓ “MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN LOS TIPOS DE ATENCIÓN QUE MI FAMILIA Y YO NECESITAMOS”, SALTE A Q7.1 EN LA PÁGINA 12 5

Q6.2a

¿Qué tipo de médicos le resultan difíciles de encontrar? **Marque todas las que correspondan.**

- Alergias, asma e inmunología (1)
 - Cardiología / Cirugía cardíaca / vascular (2)
 - Manejo del dolor crónico (3)
 - Dermatología (4)
 - Oído, Nariz, Garganta (5)
 - Endocrinología (6)
 - Médico de atención familiar o de práctica general (7)
 - Gastrointestinal (8)
 - Medicina materno-fetal (9)
 - Trastorno de la memoria (10)
 - Nefrología/Diálisis (11)
 - Neurología/Neurocirugía (12)
 - Medicina de la obesidad/Cirugía bariátrica (13)
 - Obstetricia/Ginecología (14)
 - Oncología (cáncer) (15)
 - Ortopedia (16)
 - Pediatría (17)
 - Podología (18)
 - Psiquiatría/Salud conductual/Abuso de sustancias (19)
 - Neumología/Medicina del sueño (20)
 - Reumatología (21)
 - Cirugía (general o especializada) (22)
 - Urología (23)
 - Cuidado de heridas (24)
 - Otros, por favor especifique: (25)
-

En esta sección preguntamos sobre el seguro médico.

Q7.1

¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe su seguro médico? **Marque todas las que correspondan.**

- No tengo seguro medico (1) ➔ **POR FAVOR SALTE A [Q7.1c](#) EN LA PÁGINA 13**
- Tengo seguro médico a través de mi trabajo o del ejército (2)
- Tengo seguro COBRA (3)
- Tengo un seguro médico que pago por mi cuenta, o lo compro a través de un grupo al que pertenezco, o lo compro a través de Healthcare.gov (4)
- Tengo Medicaid (5)
- Tengo Medicare (6)
- Tengo seguro dental (7)
- Tengo seguro de visión (8)
- Otro, por favor especifique (9):

RESPONDA Q 7.1a SI TIENE SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE SU TRABAJO O LAS FUERZAS MILITARES

Q7.1a

¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud o de gastos para la salud?

- Sí (1)
- No (2)

RESPONDA Q 7.1b SI MEDICARE ES SU FORMA PRINCIPAL DE SEGURO MÉDICO

Q7.1b

¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud o de gastos para la salud?

- Sí (1)
- No (2)

RESPONDA Q7.1c SI NO TIENE SEGURO MÉDICO

Q7.1c

¿Por qué no tiene seguro médico? **Marque todas las que correspondan.**

- No está disponible a través de mi trabajo (1)
 - Recibo atención médica a través de mi escuela (2)
 - No califico para Healthcare.gov/Obamacare o Medicaid (3)
 - Tengo más de 65 años, pero no pagué a Medicare (4)
 - El seguro médico cuesta demasiado (5)
 - Otro, por favor especifique: (6)
-

El siguiente conjunto de preguntas trata sobre sus visitas y exámenes médicos.

Q8.1

Díganos qué tipo de visitas médicas ha tenido en los últimos 12 meses. **Marque todas las que correspondan.**

- Examen de la vista (1)
- Chequeo de rutina o físico (2)
- Examen dental de rutina (3)
- Sala de Emergencias por una lesión (4)
- Sala de Emergencias por enfermedad (5)

**RESPONDA Q8.3 SI TIENE 45 – 84 AÑOS.
DE LO CONTRARIO, CONTINÚE CON EL SIGUIENTE CUADRO AZUL.**

Q8.3.

¿Se ha sometido a una prueba de detección de cáncer de colon (colonoscopia o exámenes de muestras fecales) en los últimos diez años?

- Sí (1)
- No (2)

**SI ES HOMBRE, POR FAVOR SALTE A Q10.1 EN LA PÁGINA 18
SI ES MUJER, POR FAVOR CONTINÚE A Q8.4 EN LA PÁGINA 15**

Q8.4

¿Se ha realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años?

- Sí (1)
- No (2)

Q8.5

¿Se ha realizado una mamografía en los últimos dos años?

- Sí (1)
- No (2)

Q9.1

¿Está actualmente embarazada o ha estado embarazada en los últimos 12 meses?

- Actualmente estoy embarazada (1)
- He estado embarazada en los últimos 12 meses (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q9.2a EN LA PÁGINA 17**
- No estoy embarazada y no he estado embarazada en los últimos 12 meses (3) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q10.1 EN LA PÁGINA 18**

Q9.2

¿Tiene inquietudes específicas sobre su embarazo o necesidades médicas que no se están abordando?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q10.1 EN LA PÁGINA 18**

Q9.3

¿Qué preocupaciones específicas tiene sobre su embarazo o necesidades insatisfechas? **Marque todas las que correspondan.**

- No puedo pagar atención médica prenatal (1)
 - Tengo con qué pagar atención prenatal pero no tengo médico ni partera (2)
 - Es difícil para mí obtener atención prenatal debido a mi horario de trabajo, dificultades para encontrar cuidado infantil o conseguir transporte para ir a las citas (3)
 - No puedo permitirme comprar artículos para el bebé (4)
 - No estoy segura de cómo pagaré los gastos médicos del nacimiento (5)
 - Tengo miedo de problemas de salud que puedan afectar mi embarazo o parto (6)
 - Otro, por favor especifique: (7)
-

POR FAVOR CONTINÚE A Q.10.1 EN LA PÁGINA 18

Q9.2a

¿Tuvo inquietudes específicas sobre su embarazo reciente o necesidades médicas que no fueron atendidas?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q10.1 EN LA PÁGINA 18**

Q9.3a

¿Qué preocupaciones específicas o necesidades insatisfechas experimentó durante su reciente embarazo? **Marque todas las que correspondan.**

- No podía pagar los gastos de atención médica prenatal (1)
 - Tuve dificultades para encontrar un médico o una partera (2)
 - Fue difícil para mí obtener atención prenatal debido a mi horario de trabajo, dificultades para encontrar cuidado infantil o conseguir transporte para ir a las citas. (3)
 - Pagar los artículos para bebé fue difícil (4)
 - No pude pagar los gastos médicos del nacimiento (5)
 - Tenía miedo por problemas de salud que dificultaban mi embarazo o parto (6)
 - Otro, por favor especifique: (7)
-

Ahora nos gustaría saber qué hace usted para cuidar su propia salud y bienestar.

Q10.1

En una semana típica, ¿dedica algún tiempo a realizar actividades, como caminar rápido, nadar, andar en bicicleta o clases de acondicionamiento físico, que provoquen un aumento en la respiración o el ritmo cardíaco durante al menos 10 minutos seguidos?

- Sí (1)
- No (2)

Q10.1a

¿Cuántos días en una semana típica realiza actividades que provocan un aumento de su respiración o frecuencia cardíaca? **Escriba un número del 1 al 7:**

_____ días

Q10.2

En una semana típica, ¿con qué frecuencia come frutas o verduras (frescas o congeladas), sin incluir jugos de frutas o vegetales?

- Normalmente no como frutas ni verduras. (1) ➔ **POR FAVOR SALTE A [Q11.1](#) EN LA PÁGINA 19**
- 1-3 días (2)
- 4-6 días (3)
- Todos los días (4)

Q10.2a

En un día normal, ¿cuántas porciones de frutas o verduras comes?

- 1 o 2 porciones (1)
- 3 o 4 porciones (2)
- 5 o más porciones (3)

Esta sección de la encuesta tiene algunas preguntas sobre las necesidades básicas relacionadas con la salud y el bienestar: vivienda, servicios públicos y alimentación.

Q11.1

¿Cuál es su situación de vida?

- Tengo un lugar estable donde vivir (1)
- Tengo un lugar donde vivir hoy pero me preocupa perderlo en el futuro (2)
- No tengo un lugar estable donde vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o refugio, vivo en mi automóvil, estación de autobuses o edificio abandonado, o en las calles). (3) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q11.2 EN LA PÁGINA 20**

Q11.1a

¿Es usted propietario o alquila su propia casa, vive en alojamientos grupales (como un dormitorio o un centro de vida asistida) o se queda con otras personas?

- Soy dueño o alquilo mi propia casa (1)
- Vivo en alojamiento grupal (2)
- Me quedo con otros (3)

Q11.1b

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de servicios públicos ha amenazado con cortar los servicios (agua, electricidad, gas) de su hogar?

- Sí (1)
- No (2)
- Ya cortaron los servicios (3)

POR FAVOR CONTINÚE A Q.11.3 EN LA PÁGINA 20

POR FAVOR RESPONDA Q11.2 SI NO TIENE UN LUGAR ESTABLE PARA VIVIR

Q11.2

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que creía que debía porque no había suficiente dinero para comprar comida?

- A menudo (1)
- A veces (2)
- Nunca (3)

POR FAVOR CONTINÚE A 11.5 EN LA PÁGINA 21

Q11.3

En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabara la comida a usted o a su familia antes de tener el dinero para comprar más?

- A menudo es cierto (1)
- A veces es cierto (2)
- Nunca es cierto (3)

Q11.4

En los últimos 12 meses, ¿descubrió que los alimentos que compró simplemente no duraron y no tenía dinero para comprar más?

- A menudo es cierto (1)
- A veces es cierto (2)
- Nunca es cierto (3)

Q11.5

En los últimos 12 meses, ¿usted o los miembros de su familia que viven con usted no han podido obtener alguno de los siguientes cuando realmente lo necesitaban?

Marque todas las que correspondan.

- Cuidado de niños (1)
 - Ropa (2)
 - Mercado (canasta familiar) (3)
 - Vivienda (4)
 - Medicina o atención médica (5)
 - Teléfono (6)
 - Transporte (7)
 - Servicios públicos (Utilities - Acueducto, Electricidad, Aseo público) (8)
 - Otro, por favor especifique (9)
-
- He podido conseguir todo lo que necesitaba (10)

A continuación, nos gustaría preguntarle sobre algunas formas en las que podría utilizar su tiempo.

Q12.1

¿Es usted un estudiante?

- Sí (1)
- No (2)

Q12.2

¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabajo por un empleador 35 o más horas semanales (1)
- Trabajo por un empleador menos de 35 horas semanales (2)
- Soy autonomo (4) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q12.5 EN LA PÁGINA 23**
- Actualmente no trabajo por remuneración o ganancias (3) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q12.4 EN LA PÁGINA 23**

Q12.3

¿Cuántos trabajos remunerados realiza?

- 1 trabajo (1)
- 2 trabajos (2)
- 3 o mas trabajos (3)

POR FAVOR SALTE A Q12.5 EN LA PÁGINA 23

RESPONDA Q12.4 SÓLO SI NO ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE

Q12.4

Usted es o está:

- Jubilado (1)
- Ama de casa o cuidado de sus propios hijos u otros miembros de la familia (2)
- Desempleado y buscando trabajo (3)
- Desempleado pero no está buscando trabajo (4)
- Físicamente incapaz de trabajar (5)

Q12.5

En algún momento de los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional o migrante ha sido la principal fuente de ingresos para usted o su familia?

- Sí (1)
- No (2)

Sus respuestas a las preguntas de esta sección nos ayudarán a identificar las diferencias grupales en la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad.

Q13.0a

¿Cuántos años tiene?

Años: _____ (1)

Q13.0b

¿Qué sexo fue indicado en su acta de nacimiento cuando usted nació?

Hombre (1)

Mujer (2)

Q13.1

¿Cuál es su código postal? _____

Q13.2

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo describe su género?

Hombre (1)

Mujer (2)

No binario / tercer género / bigénero (3)

Hombre transgénero (4)

Mujer transgénero (5)

Otros, especifique: (6)

Q13.3

¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado (1)
- Viviendo con una pareja romántica (2)
- Viudo (3)
- Divorciado o separado (4)
- Nunca casado (5)

Q13.4

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

- No he completado la escuela secundaria (1)
- Diploma de escuela secundaria o GED (2)
- Certificación técnica/profesional (3)
- Algo de universidad pero sin título (4)
- Título asociado (5)
- Licenciatura (6)
- Título de posgrado o profesional (7)

Q13.5

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

- Menos de \$20,000 (1)
- \$20,001 a \$35,000 (2)
- \$35,001 a \$50,000 (3)
- \$50,001 a \$75,000 (4)
- \$75,001 a \$100,000 (5)
- \$100,001 a \$150,000 (6)
- Más de \$150,001 (7)

Q13.6

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de usted mismo?

- Homosexual, soy gay o lesbiana (1)
- Heterosexual, no soy gay ni lesbiana (2)
- Bisexual (3)
- No lo sé (4)
- Otro, por favor especifique: _____ (5)

Q13.8

¿Cuál es su idioma principal?

- Inglés (1)
- Español (2)
- Otro, por favor especifique (3): _____

Q13.9

¿Cuál es su raza? **Marque todas las que correspondan.**

- Blanco, Caucásico (1)
- Negro, Afroamericano, o Afrocaribeño (2)
- Indio americano o nativo de Alaska (3)
- Asiático (4)
- Nativo hawaiano o isleño del Pacífico (5)
- Medio Oriente o Norte de África (5)

Q13.10

¿Tiene hijos?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q15.1 EN LA PÁGINA 33**

Q13.11

¿Alguno de sus hijos es menor de 18 años o todos son mayores?

- Uno o más de mis hijos es menor de 18 años. (1)
- Todos mis hijos tienen 18 años o más (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q15.1 EN LA PÁGINA 33**

Q14.1

¿Alguno de sus hijos menores de 18 años vive con usted?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q15.1 EN LA PÁGINA 33**

Q14.2

¿Estaría dispuesto a responder algunas preguntas sobre la salud y la atención médica de su hijo menor?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q15.1 EN LA PÁGINA 33**

Q14.3

¿Existe algún proveedor de atención primaria, consultorio médico, centro de salud u otro lugar al que visite su hijo si está enfermo o si necesita consejos sobre su salud?

Sí (1)

No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q14.5 EN LA PÁGINA 29**

Q14.4

¿Es aquí donde acudirían para recibir atención en salud preventiva, como chequeos generales, exámenes e inmunizaciones o vacunas?

Sí (1)

No (2)

POR FAVOR SALTE A Q14.6 EN LA PÁGINA 29

Q14.5

¿Adónde van sus hijos cuando necesitan atención médica? **Marque todas las que correspondan.**

Sala de emergencias (1)

Clínica comunitaria (2)

Por ejemplo, Bond Community Health Center, Carepoint Health and Wellness Center, North Florida Medical Center, Neighborhood Medical Center

Departamento de Salud (3)

Clínica instalada dentro de una farmacia (4)

Por ejemplo, CVS Minute Clinic

Enfermero de la escuela (5)

Planned Parenthood (6)

Atención de urgencia o clínica sin cita previa (7)

Telemedicina o atención virtual (8)

Otro, por favor especifique: (9)

Q14.6

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que su hijo visitó al médico para un chequeo de rutina?

En los últimos 12 meses (1)

Más de un año pero no más de dos años (2)

Más de dos años (3)

Q14.7

¿Su hijo recibe cuidado dental?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A Q14.10 EN LA PÁGINA 31**

Q14.8

¿A dónde acuden para recibir atención dental? **Marque todas las que correspondan.**

- Consultorio del dentista (1)
 - Sala de emergencias (2)
 - The Molar Express (Departamento de Salud del Condado de León) (3)
 - Otro Departamento de Salud del Condado (4)
 - Atención de urgencia o clínica sin cita previa (5)
 - Bond Community Health Center, N. Florida Medical Center, or Carepoint Health and Wellness Center (6)
 - Clínica Dental de Tallahassee State College (7)
 - Otro, por favor especifique: (8)
-

Q14.9

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que su(s) hijo(s) visitó a un dentista o clínica dental por cualquier motivo? Incluya especialistas dentales, como ortodoncistas.

- En los últimos 12 meses (1)
- Más de un año pero no más de dos años (2)
- Más de dos años (3)

Q14.10

¿Su hijo utiliza servicios de salud mental (consejería)?

- Sí (1)
- No (2) ➔ **POR FAVOR SALTE A [Q14.13 EN LA PÁGINA 32](#)**

Q14.11

¿A dónde acuden para estos servicios? **Marque todas las que correspondan.**

- Consultorio médico o consejero (1)
- Apalachee Center (2)
- DISC Village Behavioral Health (3)
- Sala de emergencias (4)
- HCA Florida Capital Behavioral Health Center (5)
- Tallahassee Memorial Behavioral Health Center (6)
- Telemedicina o atención virtual (7)
- Atención de urgencia o centro sin cita previa (8)
- Otro, por favor especifique: (9)
-

Q14.12

¿Han tenido su(s) hijo(s) una visita de salud mental en los últimos 12 meses?

- Sí (1)
- No (2)

Q14.13

¿Ha tenido dificultades para obtener alguno de los siguientes cuidados o servicios para su hijo? **Marque todas las que correspondan.**

- Puedo recibir toda la atención que mi hijo necesita (1)
 - Cuidado dental (2)
 - Atención de emergencia o urgencia (3)
 - Planificación familiar / control de la natalidad (4)
 - Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (5)
 - Inmunizaciones / vacunas / inyecciones (6)
 - Exámenes de laboratorio (7)
 - Medicamentos/suministros médicos (8)
 - Atención/asesoramiento de salud mental (9)
 - Fisioterapia / Terapia ocupacional / Logopedia (10)
 - Pediatría (11)
 - Atención preventiva (revisiones anuales) (12)
 - Exámenes físicos escolares (13)
 - Atención médica especializada para niños
 Por ejemplo, cardiología pediátrica; oncología pediátrica (14)
 - Cuidado de la vista (15)
 - Radiografías o resonancia magnética (16)
 - Otro, por favor especifique: (17)
-

Q14.14

¿Han estado sus hijos en la sala de emergencias en los últimos 12 meses por una enfermedad?

- Sí (1)
- No (2)

Q14.15

¿Han estado sus hijos en la sala de emergencias en los últimos 12 meses por un accidente o lesión?

- Sí (1)
- No (2)

Q14.16

¿Su(s) hijo(s) se han sometido a un examen de la vista en los últimos 12 meses?

- Sí (1)
- No (2)

Q14.17

¿Puede pagar los medicamentos y servicios necesarios para cualquier problema de salud que tenga su hijo?

- Sí (1)
- No (2)

Q14.18

¿Su hijo o hijos realizan al menos 60 minutos de actividad física diaria, como andar en bicicleta, correr, nadar o practicar deportes?

- Sí (1)
- No (2)

Q15.1

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre la salud y el bienestar en nuestra comunidad?

¡Gracias por participar en el TMH Encuesta de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria 2025!

Su participación nos está ayudando a promover la salud y mejorar la vida en nuestra comunidad.