

# Encuesta de Organización Religiosas del 2012

## 1. ¡Bienvenido! ¡Háblenos sobre usted!

Gracias por tomar el tiempo para responder esta encuesta. No debe tomarle más de 10 minutos.

El propósito de esta encuesta es evaluar las necesidades y el interés de su organización religiosa y su comunidad y la Comisión de Salud Pública de Boston. La información que es obtenidas a través de este medio se utilizará para entender y analizar el proceso de esta iniciativa de una forma que esperamos resulte beneficioso para todos quienes participen.

\* Sus respuestas y contacto no será compartido sin su permiso.

\* Las preguntas con asterisco (\*), pueden ser omitidas si usted prefiere no responderla.



### 1. Información Demográfica

Nombre de Organización Religiosas:

Dirección de Organización Religiosas:

Dirección Postal de Organización Religiosas:

Código Postal:

Barrio:

Dirección de correo electrónico:

N.º de teléfono:

## 2.

### 1. Describa su función en su comunidad religiosa.

Voluntario

Empleado

Título/función (ejemplo, miembro, administrador, pastor, rabino, etc.)

### 2. ¿Tiene preparación o experiencia en el arte médica?

no

Si (favor de explicar)

# Encuesta de Organización Religiosas del 2012

## 3. ¿Tiene su organización Centro de Salud?

- Sí
- No
- Si "No", ¿se beneficiaría su congregación de un Centro de Salud?

## 4. ¿Su comunidad patrocina chequeo o feria de salud?

- No estoy seguro
- No
- Sí (Favor de especificar quién o qué organizaciones han patrocinado los chequeo o ferias de salud)

## \*5. ¿Existen grupos de apoyo en su congregación (escoja todos los que apliquen de la siguiente lista)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo a cuidadores          | <input type="checkbox"/> Control de peso /Nutrición             |
| <input type="checkbox"/> Apoyo a luto o duelo        | <input type="checkbox"/> Cáncer                                 |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica         | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (drogas o alcohol) |
| <input type="checkbox"/> Apoyo a padres              | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)            |
| <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) |   |

## 6. ¿Cuáles son las nacionales de los grupos que asisten a su congregación. (Favor de escoger todas las que correspondan?)

- |   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Africana                      | <input type="radio"/> Hispana/Latina | <input type="radio"/> Portuguesa  |
| <input type="radio"/> Afro americana                | <input type="radio"/> China          | <input type="radio"/> Raza Blanca |
| <input type="radio"/> Indio occidental y del caribe | <input type="radio"/> Vietnamita     |                                   |
| <input type="radio"/> Haitiana                      | <input type="radio"/> Caboverdiana   |                                   |

Otro (favor de especificar)

## 7. ¿Cuáles son los idiomas predominantes en su congregación?

- |                                   |                                       |   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés   | <input type="checkbox"/> Francés      | <input type="checkbox"/> Chino (mandarín) |
| <input type="checkbox"/> Español  | <input type="checkbox"/> Portugués    | <input type="checkbox"/> Chino (cantonés) |
| <input type="checkbox"/> Haitiano | <input type="checkbox"/> Caboverdiano | <input type="checkbox"/> Vietnamita       |

Otro (favor de especificar)

# Encuesta de Organización Religiosas del 2012

## 8. ¿Cuál es el número de asistentes a los servicios en su congregación?

- Menos de 50                       151-250                       351-o mas  
 50-150                               251-350

## 9. ¿Usted o alguien de su congregación estaría interesado en asistir a reuniones periódicas con la Comisión de Salud Pública de Boston?

- Si                                       No                                       Quizás

## 10. Favor de calificar los temas en orden prioridad que le gustaría que se trataran en Congregacion?

|   | No me entera             | Un poco enteresado       | Muy enteresado           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Seguro de Salud/Acceso de Seguro médicos                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud del Hombre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud de Mujer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud mental  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ejercicio/Bajar de peso                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Violencia doméstica   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RCP/Primeros auxilios   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crianza de los hijos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sexualidad  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nutrición   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Control del estrés  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades infecciosas (influenza, tuberculosis, VIH, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud de niños y adolescentes                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dejar de fumar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud Oral  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abuso de sustancias   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vacunas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud ambiental   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desigualdad en la salud                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otro (favor de especificar)

# Encuesta de Organización Religiosas del 2012

## 11. Tiene usted alguna ideas o sugerencia sobre otras oportunidades de colaboración?

## 12. ¿Qué día sería más conveniente para estas reuniones?

|           | Por la Noche 4pm-8pm  | Tarde 12pm-4pm        | Mañana 8am-12pm       |
|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lunes     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Martes    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Miercoles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jueves    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Viernes   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 13. ¿Cuál es su...?

Nombre:

Dirección:

Barrio/vecindario:

Estado:

Correo electrónico:

Teléfono:

## 14. Le agradecemos sinceramente el que se haya tomado el tiempo para responder a esta encuesta.

Favor de usar el espacio a continuación para comentarios o sugerencias a la iniciativa de asociación religiosa.

## 15. ¿Hay alguna otra persona en su congregación que podríamos ponernos en contacto? (si es así, favor de indicar nombre y número de teléfono o correo electrónico)

Name:

Email Address:

Phone Number: