

APPENDIX D

COMMUNITY HEALTH SURVEY

SUN LIFE FAMILY HEALTH CENTER IS CONDUCTING A VERY IMPORTANT SURVEY AS PART OF A COMMUNITY HEALTH ASSESSMENT FOR PINAL COUNTY THAT WILL CONTRIBUTE TO IMPROVING SERVICES AND THE HEALTH OF RESIDENTS IN YOUR COMMUNITY. *THE SURVEY TAKES APPROXIMATELY 10 – 15 MINUTES TO COMPLETE.*

IF YOU DID NOT COMPLETE THIS SURVEY ONLINE, PLEASE MAIL YOUR RESPONSE TO OR DROP THE COMPLETED SURVEY AT SUN LIFE FAMIL HEALTH CENTER’S MAIN OFFICE IN CASA GRANDE AT 865 N ARIZOLA ROAD, CASA GRANDE, AZ 85122. WE ARE ACCEPTING SURVEY RESPONSES DURING THE PERIOD OCTOBER 1, 2016 – OCTOBER 31, 2016.

1. What is your gender?

- MALE
- FEMALE

2. Please provide your age below

- _____ YEARS OF AGE
- _____ DON'T KNOW
- _____ I PREFER NOT TO ANSWER

3. What is your Race? (Please select all that apply)

- WHITE
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN
- ASIAN
- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE
- OTHER PACIFIC ISLANDER
- NATIVE HAWAIIAN
- OTHER (SPECIFY: _____)
- DON'T KNOW
- I PREFER NOT TO ANSWER

4. Ethnicity

Are you Latino or Hispanic?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- I PREFER NOT TO ANSWER

5. Please select the area where you live from the list below.

- APACHE JUNCTION
- CASA GRANDE
- COOLIDGE
- ELOY
- FLORENCE
- MARICOPA
- ORACLE
- SAN MANUEL
- SAN TAN VALLEY
- OTHER (specify) _____

6. Please provide your Zip Code: _____

7. **Has a doctor ever told you that you have asthma?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
8. **Has a doctor ever told you that you have diabetes or sugar diabetes (other than during pregnancy)?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
9. **Has a doctor ever told you that you have high blood pressure?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
10. **Has a doctor ever told you that you are overweight?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
11. **Access to fresh and affordable foods**
- a. **How often can you find fresh fruits and vegetables in your neighborhood?**
 NEVER (*Answer Part C*)
 SOMETIMES (*Answer Part B*)
 USUALLY (*Answer Part B*)
 ALWAYS (*Answer Part B*)
- b. **How often are they affordable?**
 NEVER
 SOMETIMES
 USUALLY
 ALWAYS
- c. **If you answered "Never" to Part A, please provide the reason below.**
 I DO NOT EAT FRUITS AND VEGETABLES
 I DO NOT SHOP FOR FRUITS AND VEGETABLES
 I DO NOT SHOP FOR FRUITS AND VEGETABLES IN MY NEIGHBORHOOD
 OTHER REASON: _____
12. **Are you CURRENTLY covered by health insurance through your OWN current or former employer?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
 NOT APPLICABLE
13. **Health Insurance Marketplace**
- a. **Have you purchased insurance through the health insurance marketplace?**
 YES (*Answer b, c, d and e*)
 NO (*Please go to Question #14*)
- b. **Who assisted you with finding a health plan?**
 BROKER
 FAMILY MEMBER / FRIEND
 INTERNET
 CERTIFIED NAVIGATOR/ENROLLMENT COUNSELOR

- I DID NOT HAVE ASSISTANCE
- OTHER (SPECIFY :_____)
- DON'T KNOW

c. **Was this a bronze, silver, gold or platinum plan?**

- BRONZE
- SILVER
- GOLD
- PLATINUM

d. **What was the most important reason you chose your (Bronze/Silver/Gold/Platinum) plan?**

- COST
- SPECIFIC DOCTOR
- SPECIFIC HOSPITAL
- CHOICE OF DOCTORS IN NETWORK
- OTHER (SPECIFY :_____)
- DON'T KNOW

e. **Was there a subsidy or discount on the premium for this plan?**

- YES
- NO
- DON'T KNOW

14. **Medicare is a health insurance program for people 65 years and older or those with certain disabilities. Are you CURRENTLY covered by Medicare?**

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- NOT APPLICABLE

15. **Are you CURRENTLY covered by AHCCCS? (AHCCCS is Arizona's Medicaid program)**

- YES
- NO (*Answer Question # 16*)
- DON'T KNOW
- NOT APPLICABLE

16. **PLEASE ONLY RESPOND TO THIS QUESTION IF YOU ANSWERED "NO" TO QUESTION #15. What is the ONE main reason why you aren't enrolled in the AHCCCS/MEDICAID program?**

- NEVER HEARD OF AHCCCS
- NOT ELIGIBLE DUE TO INCOME
- NOT ELIGIBLE DUE TO IMMIGRATION STATUS
- HEALTHY/DO NOT NEED INSURANCE
- WILL ENROLL IN AHCCCS ONLY WHEN MEDICALLY NECESSARY
- CAN GET HEALTH CARE FOR FREE/PAY FOR OWN CARE
- HAD AHCCCS PREVIOUSLY AND DID NOT LIKE THE COVERAGE
- APPLICATION AND ENROLLMENT PROCESS IS DIFFICULT OR CONFUSING
- DOCUMENTATION REQUIREMENTS WERE DIFFICULT TO FULFILL
- DON'T KNOW
- NOT APPLICABLE

17. **During the past 12 months, was there any time when you had no health insurance at all?**

- YES (*Answer Question #18*)
- NO
- DON'T KNOW

18. **PLEASE ONLY RESPOND TO THIS QUESTION IF YOU ANSWERED “YES” TO QUESTION #17. What is the ONE MAIN reason why you did not have any health insurance (during the past 12 months)?**
- CAN'T AFFORD/TOO EXPENSIVE
 - HEALTH INSURANCE NO LONGER OFFERED BY EMPLOYER
 - HEALTH INSURANCE NO LONGER OFFERED BY GOVERNMENT
 - NOT ELIGIBLE DUE TO IMMIGRATION STATUS
 - FAMILY SITUATION CHANGED
 - DON'T BELIEVE IN INSURANCE
 - DELAY BETWEEN SWITCH OF INSURANCE COMPANIES
 - DELAY IN GOVERNMENT PROCESSING INSURANCE APPLICATION
 - CAN GET HEALTH CARE FOR FREE/PAY FOR OWN CARE
 - OTHER (SPECIFY) _____
 - DON'T KNOW
 - NOT APPLICABLE
19. **During the past 12 months, were you unable to pay or did you have problems paying for medical bills, for either yourself or any family member in your household?**
- YES (*Answer Question #20*)
 - NO
 - DON'T KNOW
20. **PLEASE ONLY RESPOND TO THIS QUESTION IF YOU ANSWERED “YES” TO QUESTION #19. Because of these medical bills, were you unable to pay for necessities like food, utilities, or rent?**
- YES
 - NO
 - DON'T KNOW
 - NOT APPLICABLE
21. **About how long has it been since you last saw a doctor or medical provider for a routine check-up? (*A routine checkup is a general physical exam, not an exam for a specific injury, illness, or condition.*)**
- ONE YEAR AGO OR LESS
 - MORE THAN 1 UP TO 2 YEARS AGO
 - MORE THAN 2 UP TO 5 YEARS AGO
 - MORE THAN 5 YEARS AGO
 - NEVER
 - DON'T KNOW
22. **Do you have a personal doctor or medical provider who is your main provider? (*This can be a general doctor, a specialist doctor, a physician assistant, a nurse/nurse practitioner, or other health provider.*)**
- YES
 - NO
 - DON'T KNOW
23. **During your most recent visit with a doctor or medical provider, did the doctor or medical provider discuss any of the following (Check all that apply)?**
- HEALTHY EATING
 - STRATEGIES TO QUIT SMOKING (IF A SMOKER)
 - RECOMMENDED SCREENINGS (e.g., Pap test, mammogram and colorectal exam)
 - PHYSICAL ACTIVITY
 - INFORMATION FOR PREVENTING OR MANAGING CHRONIC DISEASES SUCH AS DIABETES AND HIGH BLOOD PRESSURE.
 - DON'T KNOW
 - NOT APPLICABLE

24. **During the past 12 months, did you delay or not get any other medical care you felt you needed—such as seeing a doctor, a specialist or other health professional?**
 YES (*Answer Question # 25*)
 NO
 DON'T KNOW
25. **PLEASE ONLY RESPOND TO THIS QUESTION IF YOU ANSWERED “YES” TO QUESTION #24. If yes, what was the primary reason you delayed or did not get any other medical care you felt you needed?**
 LACK OF MEDICAL INSURANCE
 SERVICE OR VISIT NOT COVERED BY INSURANCE
 COST OF SERVICE OR VISIT (CO-PAY OR OUT OF POCKET COST)
 LACK OF TRANSPORTATION
 NO QUALIFIED PROVIDER OR SERVICE IN MY AREA
 COULD NOT GET AN APPOINTMENT/PROVIDER NOT TAKING NEW PATIENTS
 NO ONE SPOKE MY LANGUAGE
 HOURS OF OPERATION OF THE PROVIDER
 OTHER (Please specify) _____
 NOT APPLICABLE
26. **Do you have transportation to get to your medical appointments?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
 I PREFER NOT TO ANSWER
27. **How long has it been since you last visited a dentist or dental clinic for any reason?**
 WITHIN THE PAST YEAR (ANYTIME LESS THAN 12 MONTHS AGO)
 WITHIN THE PAST 2 YEARS
 5 OR MORE YEARS AGO
 NEVER
 DON'T KNOW
28. **Do you have children under the age of three living or staying in your home?**
 YES (*Answer Question # 29*)
 NO
29. **PLEASE ONLY RESPOND TO THIS QUESTION IF YOU ANSWERED “YES” TO QUESTION #28. If yes, did all children under the age of five living or staying in your home, receive all recommended vaccines?**
 YES
 NO
 DON'T KNOW
 NOT APPLICABLE
30. **During the past 12 months did you use the hospital emergency room for a minor medical problem?**
 YES [Please provide the name of the hospital (s)] _____
 NO
31. **In the past 12 months how often did you use the emergency room for a minor medical problem?**
 NEVER
 RARELY
 OCCASIONALLY
 ALWAYS

Thank you for completing the survey!

APPENDIX D
ENCUESTA DE SALUD PARA LA COMUNIDAD

SUN LIFE FAMILY HEALTH CENTER ESTA CONDUCIENDO UNA ENCUESTA MUY IMPORTANTE COMO PARTE DE UNA EVALUACIÓN DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA EL CONDADO PINAL QUE CONTRIBUYE PARA MEJORAR LOS SERVICIOS Y LA SALUD DE LOS RESIDENTES EN SU COMUNIDAD. **LA ENCUESTA TOMARÁ COMO APROXIMADAMENTE 10 – 15 MINUTOS EN COMPLETARSE.**

SI USTED NO COMPLETO LA ENCUESTA EN LÍNEA, POR FAVOR DEVULVA LA ENCUESTA AL SUN LIFE FAMILY HEALTH CENTER EN CASA GRANDE, 865 N ARIZOLA ROAD, CASA GRANDE, AZ 85122, ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DEL 2016.

1. ¿Cuál es su género?

- MASCULINO
 FEMENINO

2. Por favor provea su edad bajo

- _____ AÑOS DE EDAD
 NO SE
 PREFIERO NO CONTESTAR

3. ¿Cuál es su raza? (Por favor seleccione todos los que apliquen)

- BLANCO
 NEGRO O AFROAMERICANO
 ASIATICO
 AMERICANO INDIO O NATIVO ALASKA
 OTRA ISLA PACIFICA
 NATIVO HAWAIIANO
 OTRO (ESPECÍFIQUE: _____)
 NO SE
 PREFIERO NO CONTESTAR

4. Etnicidad

¿Usted es Latino o Hispano?

- SI
 NO
 NO SE
 PREFIERO NO CONTESTAR

5. Por favor seleccione la area que usted vive de la lista de abajo.

- APACHE JUNCTION
 CASA GRANDE
 COOLIDGE
 ELOY
 FLORENCE
 MARICOPA
 ORACLE
 SAN MANUEL
 SAN TAN VALLEY
 OTRO (especifique) _____

6. Por favor provea su Codigo Postal: _____

7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene asma?

SI
 NO
 NO SE

8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene diabetes o diabetes en la azúcar (excepto durante el embarazo)?

SI
 NO
 NO SE

9. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tiene alta presión sanguínea?

SI
 NO
 NO SE

10. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted está sobre peso?

SI
 NO
 NO SE

11. Acceso a alimentos frescos y costables

a. ¿Con qué frecuencia puede encontrar frutas frescas y verduras frescas en su vecindario?

NUNCA (*Conteste Parte C*)
 AVECES (*Conteste Parte B*)
 USUALMENTE (*Conteste Parte B*)
 SIEMPRE (*Conteste Parte B*)

b. ¿Con qué frecuencia son costables?

NUNCA
 AVECES
 USUALMENTE
 SIEMPRE

c. Si contesto "Nunca" a la Parte A, por favor provea la razón abajo.

YO NO COMO NI FRUTAS Y VERDURAS
 YO NO COMPRO NI PARA FRUTAS Y VERDURAS
 YO NO COMPRO NI FRUTAS Y VERDURAS EN MI VECINDARIO
 C: _____

12. ¿Está ACUTALMENTE cubierto por un seguro de salud a través de su PROPIO actual o anterior empleador?

SI
 NO
 NO SE
 NO APLICABLE

13. Mercado de Cuidado de Salud

a. ¿Ha comprado seguro médico por mercado de cuidado de salud?

SI (*Conteste b, c, d y e*)
 NO (*Por favor vaya a la Pregunta #14*)

b. ¿Quién le ayudó a encontrar un plan de salud?

AGENTE
 MIEMBRO DE LA FAMILIA/ AMIGO

- INTERNET
- NAVEGADOR CERTIFICADO/CONSEJERO REGISTRACIÓN
- NO TUVE ASISTENCIA
- OTRO (ESPECÍFIQUE: _____)
- NO SE

c. **¿El plan era de bronce, plata, oro o platino?**

- BRONCE
- PLATA
- ORO
- PLATINO

d. **¿Cuál fue las más importante razón que escogio el plan de(Bronce/Plata/Oro/Platino)?**

- COSTO
- DOCTOR ESPECIFICO
- HOSPITAL ESPECIFICO
- ELECCIÓN DE DOCTORES EN LA RED
- OTRO (ESPECÍFIQUE: _____)
- NO SE

e. **¿Hubó un subsidio o descuento en la prima de este plan?**

- SI
- NO
- NO SE

14. **Medicare es un program de seguro de salud para personas de 65 años o más o aquellos con alguna discapacidad. ¿Está usted ACTUALMENTE cubierto por Medicare?**

- SI
- NO
- NO SE
- NO APLICABLE

15. **¿Está usted ACTUALMENTE cubierto por un seguro médico por AHCCCS? (AHCCCS es un programa del estado de Arizona Medicaid)**

- SI
- NO (*Conteste la Pregunta # 16*)
- NO SE
- NO APLICABLE

16. **POR FAVOR SOLO CONTESTE ESTÁ PREGUNTA SI CONTESTO “NO” A LA PREGUNTA #15. ¿Qué es UNA razón por qué no estas inscripto en el programa de AHCCCS/MEDICAID?**

- NUNCA HE ESCUCHADO DE AHCCCS
- NO ES CALIFICA DEBIDO A LOS INGRESOS
- NO CALIFICA DEBIDO AL ESTADO IMIGRATORIO
- SALUDABLE/NO NECESITO SEGURO MÉDICO
- ME INSCRIBIRÉ AL AHCCCS SOLO CUANDO SEA MÉDICAMENTE NECESARIO
- PUEDO RECIBIR CUIDADO DE SALUD GRATIS/PAGAR MI PROPIO CUIDADO
- HE TENIDO AHCCCS ANTERIORMENTE Y NO ME GUSTO LA COVERTURA
- EL PROCESO DE LA APLICACIÓN Y REGRISTRACIÓN ES DIFICIL O CONFUSO
- LOS REQUISITOS DE DOCUMENTOS ERAN DIFICIL DE CUMPLIR
- NO SE
- NO APLICABLE

17. **¿Durante los últimos 12 meses, hubo alguna vez cuando usted no tuvo seguro médico para nada?**

- SI (*Conteste la Pregunta #18*)

NO
 NO SE

18. **POR FAVOR SOLO CONTESTE ESTA PREGUNTA SI RESPONDIO “SI” A LA PREGUNTA #17.**
¿Cuál es UNA MAYOR razón por qué no tiene seguro médico (durante los últimos 12 meses)?
 NO ES COSTABLE/ESTÁ MUY CARO
 EL EMPLEADOR NO OFRECE SEGURO DE SALUD
 EL GOBIERNO NO OFRECE SEGURO DE SALUD
 NO CALIFICA DEBIDO AL ESTADO IMIGRATORIO
 UN CAMBIO EN LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA
 NO CREO EN SEGURO MÉDICO
 UN RETRASO ENTRE LAS COMPANIAS POR CAMBIOS DE SEGURO MÉDICO
 UN RETRASO DEL GOBIERNO EN PROCESAR LA APLICACIÓN DE SEGURO MÉDICO
 PUEDO RECIBIR CUIDADO DE SALUD GRATIS/PAGO POR MI PROPIO CUIDADO
 OTRO (ESPECÍFIQUE) _____
 NO SE
 NO APLICABLE
19. **¿Durante los últimos 12 meses, usted no puedo pagar o ha tenido problemas para pagar los biles médicos, ya sea para usted o por cualquier miembro de su familia en su hogar?**
 SI (*Conteste la Pregunta #20*)
 NO
 NO SE
20. **POR FAVOR SOLO CONTESTE ESTA PREGUNTA SI RESPONDIO “SI” A LA PREGUNTA #19.**
¿Por qué estos biles médicos, usted no puedo pagar para sus necesidades como comida, utilidades o renta?
 SI
 NO
 NO SE
 NO APLICABLE
21. **¿Hace cuanto tiempo desde que su última vez que no ha visto un doctor o proveedor médico para un chequeo rutinario? (*Un chequeo rutinario es un exámen físico general, no es un exámen para una lesión específica, enfermedad o condición*).**
 HACE UN AÑO O MENOS
 HACE MÁS DE 1 HASTA 2 AÑOS
 HACE MÁS DE 2 HASTA 5 AÑOS
 HACE MÁS DE 5 AÑOS
 NUNCA
 NO SE
22. **¿Tiene usted un doctor personal o proveedor médico que es su proveedor de cabezera? (*Esto puede ser un doctor general, un doctor especialista, un asistente del doctor, una enfermera, o otro proveedor de salud*).**
 SI
 NO
 NO SE
23. **¿Durante su visita mas reciente con un doctor o proveedor médico, el doctor o proveedor médico hablaron de las siguientes cosas (Marque todas las que aplican a usted)?**
 COMER SALUDABLE
 ESTRATEGIAS PARA NO SEGUIR FUMANDO (SI FUMA)
 CHEQUEOS RECOMENDADOS (e.g., exámen del papanicolaou, mamograma y exámen colorrectal)
 ACTIVIDADES FÍSICAS
 INFORMACIÓN DE PREVENCIÓN O CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO DIABETES Y ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA.

NO SE
 NO APLICABLE

24. **¿Durante los últimos 12 meses, usted retraso o no recibio ningun otro cuidado de salud que usted siento necesario – como ver a un doctor, un especialista o otro profesional de salud?**
 SI (*Conteste la Pregunta # 25*)
 NO
 NO SE
25. **POR FAVOR SOLO CONTESTE LA PREGUNTA SI RESPONDIO “SI” A LA PREGUNTA #24. Si la respuesta es si, ¿cuál fue la primaria razón que usted retraso o que no recibio ningun otro cuidado de salud que usted sintio que necesitaba?**
 FALTA DE SEGURO MÉDICO
 SERVICIOS O VISITAS NO CUBIERTAS POR EL SEGURO MÉDICO
 COSTO DE SERVICIOS O VISITA (COPAGO O GASTOS DE SU BOLSILLO)
 FALTA DE TRANSPORTACIÓN
 NO PROVEEDOR CALIFICADO EN AREA DE MI SERVICIO
 NO PUEDE HACER UNA CITA/PROVEEDOR NO ESTA TOMANDO NUEVOS PACIENTES
 NADIE HABLA MI LENGUAGE
 HORAS DE OPERACIÓN DEL PROVEEDOR
 OTRO (Especifique por favor) _____
 NO APLICABLE
26. **¿Usted tiene transportación para ir a las citas médicas?**
 SI
 NO
 PREFIERO NO CONTESTAR
27. **¿Cuanto tiempo ha pasado desde su última visita al dentista o clinica dental por cualquier razón?**
 DENTRO DEL AÑO PASADO (EN CUALQUIER MOMENTO MENOS DE HACE 12 MESES)
 DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS
 HACE 5 O MAS AÑOS
 NUNCA
 NO SE
28. **¿Usted tiene niños/niñas bajo la edad de tres viviendo o quedandose en su hogar?**
 SI (*Conteste la Pregunta # 29*)
 NO
29. **POR FAVOR SOLO CONTESTE LA PREGUNTA SI RESPONDIO “SI” A LA PREGUNTA #28. Si la respuesta es si, ¿todos los niños/niñas bajo la edad de cinco viviendo o quedandose en su hogar, han recibido todas las vacunas recomendadas?**
 SI
 NO
 NO SE
 NO APLICABLE
30. **¿Durante los últimos 12 meses usted uso la sala de emergencia para problemas médicos menores?**
 SI [*Por favor provea el nombre del hospital(es)*] _____
 NO
31. **¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia usted uso la sala de emergencia para problemas médicos menores?**

____ NUNCA
____ RARA VEZ
____ OCASIONALMENTE
____ SIEMPRE

Gracias por compl