



Цель этого соцопроса состоит в том, чтобы лучше понять ваши мнения о вашем здоровье и здоровье сообщества округа Йоло. Результаты помогут медицинскому Отделению Сообщества Здравоохранения и Социального Обеспечения округа Йоло, больницы области (Woodland Memorial Hospital, Sutter Davis) и клиники местного сообщества, поддерживать важные медицинские инициативы и проекты улучшения здоровья жителей округа Йоло.

Чтобы участвовать в соцопросе, мы просим, чтобы Вы соответствовали следующим критериям:

- Вы живете в округе Йоло
- Вы понимаете, что, вы участвуете в соцопросе добровольно
- Вы соглашаетесь участвовать в соцопросе только один раз

Мы ценим Ваше время, поскольку мы знаем, что это ценно. Соцопрос должен только занять приблизительно 10 минут. Если Вы хотели бы быть введенными в лотерею, чтобы выиграть подарочную карту визы на 30\$, заполните, отделите и возвратите нижнюю часть последней страницы вашего соцопроса. Будет не меньше чем десять победителей.

Справочная Информация

1. В каком городе округа Йоло Вы живете?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clarksburg | <input type="checkbox"/> Guinda | <input type="checkbox"/> Winters |
| <input type="checkbox"/> Davis | <input type="checkbox"/> Knights Landing | <input type="checkbox"/> Woodland |
| <input type="checkbox"/> Dunnigan | <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> Yolo |
| <input type="checkbox"/> Esparto | <input type="checkbox"/> West Sacramento | <input type="checkbox"/> Другой: _____ |

2. Как долго вы прожили в округе Йоло?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Меньше одного года | <input type="checkbox"/> 5 – 9 лет | <input type="checkbox"/> более двадцати лет |
| <input type="checkbox"/> 1 – 4 лет | <input type="checkbox"/> 10 – 20 лет | |

3. Сколько вам лет?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Моложе 18 | <input type="checkbox"/> 45-54 | <input type="checkbox"/> 85 или старше |
| <input type="checkbox"/> 19-24 | <input type="checkbox"/> 55-64 | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать |
| <input type="checkbox"/> 25-34 | <input type="checkbox"/> 65- 74 | |
| <input type="checkbox"/> 35-44 | <input type="checkbox"/> 75-84 | |

4. Являетесь ли вы Испанского или Латиноамериканского происхождения?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать |
|-----------------------------|------------------------------|---|

5. Какова ваша национальность?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Азиат | <input type="checkbox"/> Коренной Американец |
| <input type="checkbox"/> Афро- Американец | <input type="checkbox"/> Уроженец Островов Тихого Океана |
| <input type="checkbox"/> Белый/ Европейец | <input type="checkbox"/> Другой: _____ |

6. Какова ваша половая идентификация?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Женщина | <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать |
| <input type="checkbox"/> Мужчина | <input type="checkbox"/> Дополнительная Категория (пожалуйста, опишите): |
| <input type="checkbox"/> Гендерквир | _____ |
| <input type="checkbox"/> Трансгендерный Мужчина /FTM | |
| <input type="checkbox"/> Трансгендерная Женщина/MTF | |



7. Какова Ваша сексуальная ориентация?

- Бисексуалист
- Гей
- Лесбианка
- Гомосексуал
- Под вопросом

- Гетеросексуалист
 - Отказываюсь отвечать
 - Идентифицируйте себя как
-

8. Который описывает Ваш текущий статус занятости?

- Полный рабочий день
- Неполный рабочий день
- На пенсии
- Безработный
- Инвалид
- Студент

- Отказываюсь отвечать

9. Кем вы работаете(ли)?

- Правительство города, округа, или региона
- Строитель
- Работник науки
- Занятие сельским хозяйством
- Работник сферы здравоохранения
- Фабричный рабочий
- Инженер-электрик

- Рабочий ресторана
- Сотрудник розничного магазина
- Технический / Профессиональный работник
- Транспорт или водитель грузовика
- Работаю из дома
- Студент

- Другое: _____

10. Если Вы - Вы студент, который описывает Ваш текущий статус приема?

- Студент, обучающийся в режиме полной нагрузки
- Студент, обучающийся в режиме частичной нагрузки

11. В каком колледже/университете/школе/программе вы зарегистрированы?

12. Каков ваш основной разговорный язык?

- Английский
- Испанский
- Русский
- Отказываюсь отвечать
- Другой: _____

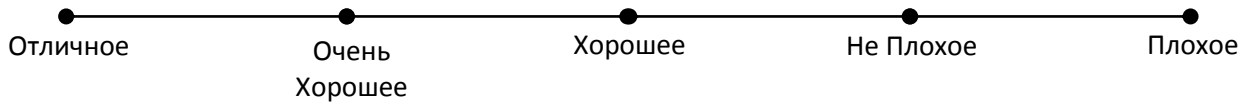
13. Включая себя, сколько людей живут в вашм доме? _____

14. Каков ваш ежегодный семейный доход?

- Меньше чем \$10,000
- \$10,000 to \$19,999
- \$20,000 to \$29,999
- \$30,000 to \$39,999
- \$40,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$59,999
- \$60,000 to \$69,999
- \$70,000 to \$79,999
- \$80,000 to \$89,999
- \$90,000 to \$99,000
- \$100,000 to \$149,999
- \$150,000 to \$249,999
- \$250,000 или больше
- Отказываюсь отвечать

Информация о Вашем Здоровье

15. В целом как бы Вы описали состояние вашего здоровья?



16. У Вас есть заболевание, которое ограничивает одну или несколько физических активностей?

- Да
 - Ходьба, подъем по лестнице, достижение, подъем или перенос
 - Одевание, купание, или подвижность в вашем доме
 - Выход на улицу, чтобы завершить покупки или посетить доктора
 - Трудность, работать на работе или бизнесе
- Другое: _____
- Нет

17. Вам когда-либо говорил доктор, что Вы имеете: (отметьте все подходящие варианты)

- Астма/заболевание легких/хроническая обструктивная болезнь легких/эмфизема
- Аутоиммунная болезнь (волчанка, диабет 1 типа)
- Рак
- Диабет (Диабет 2 типа, диабет во время беременности)
- Болезнь сердца
- Гипертония (высокое кровяное давление)
- Психическое заболевание
- Проблема наркомания или палкоголизма
- Ограничение физических возможностей
- Ожирение/избыточный вес
- Другое: _____

18. Были ли у вас инциденты за последние 12 месяцев, когда вы чувствовали, что, возможно, вам нужно встретиться с профессионалом из-за проблем с вашим психическим здоровьем, эмоциями, нервами или использованием алкоголя или наркотиков?

- Да (Если ДА, перейдите к вопросу № 19) Нет (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 18а)

18а. Если ДА, Вы обратились к врачу или специалисту в области психического здоровья (адвокат, психиатр, или социальный работник) для проблем с вашим психическим здоровьем, эмоции, нервы, или ваше использование алкоголя или наркотиков?

- Да (Если ДА, перейдите к вопросу № 19)
- Нет (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 18б)

18б. Если нет, Вы не обращались за медицинской помощью, почему нет? (отметьте все подходящие варианты)

- Я был обеспокоен стоимостью лечения.
- Я не чувствовал себя комфортно, говоря с профессионалом о моих личных проблемах
- Я был обеспокоен тем, что произошло бы, если бы кто-то узнал, что у меня была проблема.
- Моя страховка не покрывает лечение проблем психического здоровья.
- Я не смог назначить встречу
- Я не знал к кому обратиться за помощью
- Другое: _____



19. У Вас есть медицинское страхование?

- Да (Если ДА, ответьте на вопрос № 19а) НЕТ (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 19b)

19а. Если да, какая у вас страховка?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Частная - через работодателя | <input type="checkbox"/> Ветеран |
| <input type="checkbox"/> Частная – Covered California | <input type="checkbox"/> Государственное страхование |
| <input type="checkbox"/> Частная – Отдельный план | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

19b. Если нет, у Вас НЕТ медицинского страхования: Вы планируете получить медицинское страхование через Covered California?

- Да Нет Не знаю

19с. Вы соответствуете критериям приемлемости для Medi-Cal или Medicare?

- Да Нет Не знаю

20. Вы обращались к врачу за последние 12 месяцев?

- Да (Если ДА, ответьте на вопрос № 20а) Нет

20а. Если ДА, Сколько раз Вы обратились к своему врачу за прошлые 12 месяцев?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Один раз | <input type="checkbox"/> Более 6 раз |
| <input type="checkbox"/> 2 - 5 раз | <input type="checkbox"/> Не знаю |

20b. Вы считаете, что вам были бы полезно чаще обращаться к врачу?

- Да Нет

21. Как далеко вы едите на приём к вашему лечащему врачу?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-4 миль | <input type="checkbox"/> 15-19 миль | <input type="checkbox"/> Более 30 миль |
| <input type="checkbox"/> 5-9 миль | <input type="checkbox"/> 20-24 миль | |
| <input type="checkbox"/> 10-14 миль | <input type="checkbox"/> 25-29 миль | |

22. Сколько занимает у вас времени, чтобы доехать от вашего дома до офиса вашего лечащего врача?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-14 минут | <input type="checkbox"/> 30-44 минут | <input type="checkbox"/> Более одного часа |
| <input type="checkbox"/> 15-29 минут | <input type="checkbox"/> 45-59 минут | |

23. Когда вы в последний раз пытались назначить встречу с врачом, сколько времени прошло, прежде чем вам назначили встречу с врачом?

- _____ Дней или _____ Недель или Не знаю

24. Были ли вы удовлетворены тем, как быстро Вы смогли получить назначение на приём?



25. Насколько важно вам, чтобы иметь регулярные медицинские услуги и скрининге?





26. Получали ли вы медицинское обслуживание или медицинские осмотры в течение последних 12 месяцев?

- Да Нет (Если НЕТ, ответьте на вопрос № 26а)

26а. Если нет, пожалуйста отметьте все что применимо.

- Мне придется слишком долго ждать, чтобы увидеть врача
- Я был / являюсь слишком занят
- Врач не говорит на моем языке
- У меня не было транспорта в медицинскую клинику
- Медицинская клиника не открыта все время, поэтому трудно попасть на прием
- Врачей не хватает в моем районе, так что трудно попасть на прием
- Я имел / не имею медицинскую страховку
- Я имел / имею медицинскую страховку, но она не покрывает все мои расходы
- Мне не нужны медицинские услуги или медицинские осмотры, потому что я не был болен
- Я не доверяю поставщикам медицинских услуг
- Не уверен / не знаю
- Другое: _____

27. Посещали ли вы отдел неотложной помощи в течение последних 12 месяцев?

- Да (Если да, ответьте на вопрос № 27а) Нет (Если нет, ответьте на вопрос №28)

27а. Если да, на последнем визите вы были там потому что вы: (отметьте все, что применимо)

- Была жизни опасная болезнь или травма
- Не могли попасть на срочный неотложный прием со своим врачом
- Заболели или были ранены до 8ми утра или после 5ти вечера в будний день
- Заболели или были ранены в выходные дни
- Требовалось пополнит рецепт
- Это показалось более удобным, чем ждать приема со своим врачом
- Не имею своего доктор, это мой обычный источник медицинской помощи

28. Вы болели или получали травму на работе в течение последних 12 месяцев?

- Да (Если да, ответьте на вопрос № 28а)
 Нет (Если нет, ответьте на вопрос №29)
 Не применимо (не работает)

28а. Если да, обращались ли вы за медицинской помощью для вашего заболевания или травмы связанные с работой?

- Да Нет

28b. Если нет, то почему? _____

29. Есть ли у вас стоматологическая страховка?

- Да Нет Неуверен

30. Вы были у стоматолога в течение последних 12 месяцев?

- Да Нет

Состояние здоровья населения округа Йоло

31. В вашем мнении, какие три самых больших ПРОБЛЕМ С ЗДОРОВЬЕМ, которые наиболее влияют на наше сообщество? Выберите три (3):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Алкоголизм | <input type="checkbox"/> Инфекционные заболевания (например, гепатит, туберкулез и т. д.) | <input type="checkbox"/> Сексуальное насилие |
| <input type="checkbox"/> Рак | <input type="checkbox"/> Психические заболевания | <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем |
| <input type="checkbox"/> Жестокое обращение и пренебрежение детьми | <input type="checkbox"/> Автомобиль/велосипед аварии | <input type="checkbox"/> Инсульт |
| <input type="checkbox"/> стоматологические проблемы | <input type="checkbox"/> Ожирение | <input type="checkbox"/> Беременности подростков |
| <input type="checkbox"/> Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> Плохие исходы родов | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Проблемы со здоровьем, связанные с возрастом | <input type="checkbox"/> Респираторные заболевания/заболевания легких/астма | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Болезни сердца | | |
| <input type="checkbox"/> Убийство | | |

32. В вашем мнении, какие три индивидуальных ПОВЕДЕНИЙ, которые являются наиболее отвечающие за вопросы здравоохранения в нашем сообществе? Выберите три (3):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Злоупотребление алкоголем | <input type="checkbox"/> Отсутствие физических упражнений | <input type="checkbox"/> Курение/употребление табака |
| <input type="checkbox"/> Преступности/насилия | <input type="checkbox"/> Стресс жизни/отсутствие навыков совладания | <input type="checkbox"/> Самоубийство |
| <input type="checkbox"/> Отвлечения за рулем | <input type="checkbox"/> Не получая "уколы" (вакцин) для профилактики заболеваний | <input type="checkbox"/> Подростковый секс |
| <input type="checkbox"/> Насилия со стороны интимного партнера или сожителя | <input type="checkbox"/> Не получает регулярные осмотры врача | <input type="checkbox"/> Небезопасный секс |
| <input type="checkbox"/> Вождение в пьяном виде/под влияние наркотиков | <input type="checkbox"/> Плохое питание/привычки в еде | <input type="checkbox"/> Использование оружия/пистолетов |
| <input type="checkbox"/> Наркомание | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

33. В вашем мнении, какие три СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ, наиболее отвечающих за вопросы здравоохранения в нашей общине? Выберите три (3):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Культурные барьеры | <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки | <input type="checkbox"/> Семь с одним родителем |
| <input type="checkbox"/> Бездомность | <input type="checkbox"/> Не хватает еды (продовольствия) | <input type="checkbox"/> Безработица |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие образования/нет среднего образование | <input type="checkbox"/> Бедность | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Языковые барьеры | <input type="checkbox"/> Расизм и дискриминация | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

34. В вашем мнении, какие три ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ, которые наиболее ответственны за вопросы здравоохранения в нашей общине? Выберите три (3):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Сигаретный дым | <input type="checkbox"/> Отсутствие общественного транспорта | <input type="checkbox"/> Мусор на улицах |
| <input type="checkbox"/> Загрязнение питьевой воды | <input type="checkbox"/> Отсутствие безопасных пешеходных дорожек и велодорожек | <input type="checkbox"/> Загрязнение воздуха |
| <input type="checkbox"/> Наводнений/проблемы дренажа | <input type="checkbox"/> Использование пестицидов | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Жара/жаркие дни | <input type="checkbox"/> Плохие жилищные условия | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие доступа к здоровой пище | <input type="checkbox"/> Плохой дизайн района | |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие доступа в места для физической активности | <input type="checkbox"/> Трафик | |



35. В вашем мнении, какие являются три наиболее важных факторов “ЗДОРОВОГО СООБЩЕСТВА”?

Выберите три (3):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доступ к присмотру за детьми | <input type="checkbox"/> Вакансии на работу | <input type="checkbox"/> пропагандистской деятельности социального работника) |
| <input type="checkbox"/> Доступ к услугам здравоохранени | <input type="checkbox"/> Низкий уровень преступности/безопасные районы | <input type="checkbox"/> Семейное время |
| <input type="checkbox"/> Доступ к здоровой пище | <input type="checkbox"/> Парки и места отдыха | <input type="checkbox"/> Толерантность для разнообразие |
| <input type="checkbox"/> Доступное жилье | <input type="checkbox"/> Безопасное место для растения детей | <input type="checkbox"/> Хорошо информированное сообщество по вопросам здоровья |
| <input type="checkbox"/> Качества воздуха | <input type="checkbox"/> Агентства поддержки (религиозные организации, группы поддержки, информационно- | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Участие общины | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Уход за пожилыми | | |
| <input type="checkbox"/> Хорошие школы | | |
| <input type="checkbox"/> Зеленые/открытые пространства | | |

36. Есть ли ещё что-нибудь что вы хотели бы поставит нас в известность о вашем личном здоровье или, о состоянии здоровья населения округа Йоло?

Пожалуйста, сдайте этот опрос прежде чем вы покинете здание или вы можете взять его с собой, чтобы завершить позже и сдать в лобби любого из мест, HHSA указавших ниже:

DAVIS	WEST SACRAMENTO	WINTERS	WOODLAND
600 A St.	500 Jefferson Blvd.	111 E. Grant Ave	Gonzales Building 25 N. Cottonwood St.
			Bauer Building 137 N. Cottonwood St

Пожалуйста, оторвите и верните информацию ниже опроса для шанса выигрыша подарочную карту в сумме \$30.

Имя: _____
 Номер Телефона: _____
 Адрес Электронной Почты: _____