

Su clínica, junto con el Departamento de Salud y Apoyo Familiar de Minneapolis (Minneapolis Department of Health and Family Support), le solicitan que complete esta encuesta. El objetivo de la encuesta es obtener información de los pacientes respecto a sus intereses de contar con lugares y programas comunitarios para ejercicios físicos, una alimentación saludable y dejar de fumar auspiciados por su clínica. Esta información podrá ser usada para ayudar a que su clínica conecte a los pacientes con los recursos que pueden ayudarlos a mantenerse sanos. Sus respuestas a la encuesta serán incluidas con las de otros pacientes, de manera que usted no será identificado. Se compartirá un informe con el público, el mismo que usaremos para desarrollar sistemas de ayuda para que los pacientes se mantengan sanos. La encuesta es completamente voluntaria y no hay respuesta correcta o incorrecta. Si usted decide no participar en la encuesta, esto no afectará su relación con su doctor o su clínica. Usted puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar. No tiene que dar su nombre. Si tiene preguntas relacionadas con esta encuesta, sírvase comunicar con Kristen Godfrey al 612.673.2075.

- 1. Si su doctor le recomendó que participe en un programa de actividad física, ¿a cuál de los lugares siguientes le gustaría ir para hacer ejercicio?** (Marque todas las que correspondan)
 - Un centro de recreación tal como un centro comunitario o un gimnasio que NO requiere membresía
 - Un gimnasio o centro de acondicionamiento físico como la YMCA o Lifetime Fitness que requieren una membresía
 - Una escuela o iglesia que permite que el público use el gimnasio o el equipo para hacer ejercicio
 - Un parque público
 - Un sendero para caminar, correr, montar bicicleta o patinar
 - Una piscina pública
 - Lugares públicos abiertos para hacer ejercicio (centros comerciales, edificios, pasillos cubiertos entre edificios, etc.)
 - Otro (sírvase enumerar) _____

- 2. Si su doctor le recomendó que participe en un programa de actividad física, ¿cuál de las actividades siguientes le gustaría hacer como ejercicio?** (Marque todas las que correspondan)
 - Una clase de ejercicio en grupo, tal como aeróbicos, yoga o baile
 - Deportes organizados, tales como básquetbol, fútbol, vóleybol
 - Aprender a incluir el ejercicio como parte de las actividades diarias, como el trabajo y las tareas domésticas
 - Usar equipos para hacer ejercicio tales como las pesas de mano, pelota para ejercicios, o saltar soga
 - Usar equipos para hacer ejercicios tales como la máquina de caminar o la máquina para levantar pesas
 - Caminar, trotar o correr
 - Usar un vídeo de ejercicios
 - Otro (sírvase enumerar) _____

- 3. Si su doctor le recomendó que participe en un programa de actividad física, ¿cuál de los tipos de apoyo siguientes le gustaría tener para hacer ejercicio?** (Marque todas las que correspondan)
 - Orientación o capacitación individualizada y en persona sobre salud y bienestar
 - Orientación o capacitación telefónica respecto a salud y bienestar
 - Grupo de apoyo en salud y bienestar
 - Un entrenador personal que le ayude a hacer ejercicio
 - Información impresa de qué hacer para mantenerse activo y cómo hacer ejercicio
 - Información en línea acerca qué hacer para mantenerse activo y cómo hacer ejercicio
 - Otro (sírvase enumerar) _____

- 4. Si su doctor le recomendó una alimentación sana, ¿cuál de los lugares y programas siguientes le gustaría para dieta y nutrición?** (Marque todas las que correspondan)
 - Reunirme con un experto en dieta o nutrición
 - Un programa para bajar de peso como Weight Watchers
 - Orientación o capacitación telefónica respecto a salud y bienestar
 - Orientación o capacitación individual y personalizada en salud y bienestar
 - Clases relacionadas con comer, comprar y cocinar alimentos saludables
 - Programas para facilitar el acceso a alimentos sanos, tales como el Programa WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) o el Programa Fare for All (Tarifas para todos)
 - Un jardín en la comunidad donde cultivar alimentos saludables
 - Un mercado de agricultores en la comunidad para comprar alimentos saludables
 - Información en línea y aprender a comer, comprar y cocinar alimentos saludables
 - Información escrita relacionada con comer, comprar y cocinar alimentos saludables
 - Otro (sírvase enumerar) _____

5. Si su doctor le recomendó que deje de fumar o de usar tabaco, ¿cuál de los tipos de apoyo siguientes le gustaría recibir? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orientación telefónica para ayudarlo a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Una clase cultural específica para ayudarlo a dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Orientación en persona para ayudarlo a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Información impresa para dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Información en línea para ayudarlo a dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Otro (sírvase enumerar)_____ |
| | <input type="checkbox"/> No corresponde |

6. Si su doctor le recomendó un lugar o programa para ayudarlo a mantenerse sano, ¿cuál es el tipo de ayuda que desearía recibir de su clínica? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Un número telefónico para llamar y solicitar información de los recursos de la comunidad | <input type="checkbox"/> Que me ayuden a elegir un lugar o programa que satisfaga mis necesidades |
| <input type="checkbox"/> Un número telefónico para averiguar de los servicios que se ofrecen a través de mi seguro médico | <input type="checkbox"/> Que hagan una cita para mí |
| <input type="checkbox"/> Una lista de lugares o programas que puedo llevar conmigo a casa | <input type="checkbox"/> Que me recuerden la cita |
| <input type="checkbox"/> Que hablen conmigo respecto a los lugares o programas que se ofrecen | <input type="checkbox"/> Que se comuniquen conmigo después de mi cita |
| | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| | <input type="checkbox"/> Indeciso |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno |

7. Si su doctor recomendó programas en la clínica para ayudarlo a estar sano, ¿cuál de los siguientes le gustaría que esté localizado en su clínica? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clases de ejercicios en grupo | <input type="checkbox"/> Dieta o un programa para bajar de peso |
| <input type="checkbox"/> Gimnasio o equipo para hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Hojas de información educativa |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento en salud y bienestar | <input type="checkbox"/> Mercado de Agricultores o jardín comunitario |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento en dieta o nutrición | <input type="checkbox"/> Indeciso |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento en el uso de tabaco o alcohol | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo en salud y bienestar | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Clases relacionadas con comer, comprar o cocinar alimentos saludables | |

8. ¿Qué es lo más importante para usted cuando busca un lugar o programa que lo ayude a mantenerse sano? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil disponible | <input type="checkbox"/> Un horario conveniente para mí |
| <input type="checkbox"/> Bajo costo | <input type="checkbox"/> Ofrece servicios en otros idiomas |
| <input type="checkbox"/> Lo puede pagar el seguro médico | <input type="checkbox"/> La ubicación conveniente para mí |
| <input type="checkbox"/> Se relaciona con mi cultura | <input type="checkbox"/> De fácil acceso por autobús o tren |
| <input type="checkbox"/> Ambiente familiar y amigable | <input type="checkbox"/> Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Sólo para mujeres | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> Sólo para varones | <input type="checkbox"/> Indeciso |
| <input type="checkbox"/> Sólo para adultos | |

9. ¿Qué le impide usar lugares o programas que le ayudan a mantenerse saludable? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No tienen cuidado infantil | <input type="checkbox"/> La ubicación no me resulta conveniente |
| <input type="checkbox"/> El costo es muy alto | <input type="checkbox"/> No tengo medios para llegar allí |
| <input type="checkbox"/> No tienen seguro médico | <input type="checkbox"/> No es fácil llegar allí por autobús o tren |
| <input type="checkbox"/> No tienen programas relacionados con mi cultura | <input type="checkbox"/> Hacer una cita o contacto inicial |
| <input type="checkbox"/> No tienen programas para mi familia | <input type="checkbox"/> No tienen lugares o programas seguros |
| <input type="checkbox"/> No tienen programas para adultos | <input type="checkbox"/> No tengo tiempo |
| <input type="checkbox"/> No tienen recursos sólo para mujeres | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> No tienen recursos sólo para hombres | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> No tienen programas en diferentes idiomas | <input type="checkbox"/> Indeciso |
| <input type="checkbox"/> Los horarios no me resultan convenientes | |

Preguntas demográficas opcionales

1. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino
 2. ¿Qué edad tiene? _____

3. ¿Cuál es su idioma principal? _____
 4. ¿Cuál es su código postal? _____