

## Appendix F – Consumer Health Survey

In 2019, we applied plain language best practices to both the English and Spanish versions of the survey. In addition, we localized the survey to have individual clinic organizations listed by name when identifying Primary Care and Mental Health services. As a result, we had 3 variations to the survey to allow for organization-specific listings.

The 6 resulting survey variations included:

- Columbia Gorge region Oregon West English
- Columbia Gorge region Oregon West Spanish
- Columbia Gorge region Oregon East English
- Columbia Gorge region Oregon East Spanish
- Columbia Gorge region Washington English
- Columbia Gorge region Washington Spanish

As we compared data gathered through a variety of sources, we found the County Health Rankings information to match closely with the regionally conducted mailed consumer survey efforts. However, neither data gathering approaches were successful in reaching vulnerable populations. The hand-fielded surveys continue to provide a clearer line of sight for very low-income community members and for Diverse Communities.

# COMMUNITY HEALTH SURVEY

INSTRUCTIONS: For each question, please fill in the circle that best represents your answer. Your results are completely private, and you can skip any question you do not want to answer. When you are finished, place the survey in the postage-paid envelope we have provided and drop it in the mail. If you have questions about this survey, please read the included letter or call us at 1-877-215-0686.

## PART 1 YOUR HEALTH CARE

**1** Do you have any kind of health insurance now?  
 Yes  
 No → (Go to Question 3)

**2** What kind of health insurance do you have?  
*Mark all that apply.*  
 Medicaid (Oregon Health Plan)  
 Medicaid (Washington Apple Health)  
 Medicare or Medicare Advantage  
 VA, TRICARE, or other military health care  
 Insurance through work or family member's work  
 Insurance I pay for myself  
 Other: \_\_\_\_\_  
 I do not have any insurance now  
 I do not know → (Go to Question 4)

**3** If you **do not** have any kind of health insurance now, what are the main reasons why?  
*Mark all that apply.*  
 It costs too much  
 I do not think I need it  
 I am waiting to get it through a job  
 Signing up is too hard  
 I have not had time to deal with it  
 I do not qualify  
 Other: \_\_\_\_\_

**4** For how many of the **last 12 months**, did you have insurance for the following health care?

	All 12 months	Some of the 12 months	None of the 12 months
Medical Care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental Care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Long-term Care .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5** Do you have a place you usually go to get health care when it's not an emergency?  
 Yes  
 No → (Go to Question 7)

**6** Where do **you** usually go to receive health care when it is not an emergency?  
 A Primary Care Clinic. *Which one?*  
 Arlington Medical Center  
 Asher Community Health Center  
 Deschutes Rim  
 Mid-Columbia Medical Center  
 Sherman County Medical Clinic  
 South Gilliam Health Center  
 Other: \_\_\_\_\_  
 Health Department. *Which one?*  
 \_\_\_\_\_  
 A Mental Health clinic. *Which one?*  
 Community Counseling Solutions  
 Mid-Columbia Center for Living  
 Other: \_\_\_\_\_  
 A Tribal Clinic  
 A VA Clinic  
 A hospital emergency room  
 Other: \_\_\_\_\_  
 I don't have a place I go

**7** Do you have **at least one person** you think of as your doctor or health care provider?  
 Yes  
 No

**8** In the **last 12 months**, did **you** need any **medical care**?  
 Yes  
 No → (Go to Question 10)

- 9** Did **you** get all the **medical** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 10)**
  - No → Which types of medical care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Checkup or physical exam
    - Visits for an illness or injury
    - Visits about a chronic health condition like diabetes or high blood pressure
    - Other kinds of care

- 10** In the **last 12 months**, did **you** need any **dental** care?
- Yes
  - No → **(Go to Question 12)**

- 11** Did **you** get all the **dental** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 12)**
  - No → Which types of care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Dental check-up or teeth cleaning
    - Tooth ache or mouth pain
    - Other kinds of care

- 12** In the **last 12 months**, did **you** need **counseling or mental health treatment**?
- Yes
  - No → **(Go to Question 15)**

- 13** Did **you** get all the **counseling or mental health** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 14)**
  - No → Which types of care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Support for a personal problem
    - Treatment for a mental health condition like PTSD, depression, or anxiety
    - Counseling to quit tobacco, alcohol, or drug use
    - Other kinds of care

- 14** In the **last 12 months**, where did you **mostly** go to get counseling or mental health care? *Mark only one.*
- My primary care doctor's office
  - Mental Health clinic
  - VA Clinic
  - Phone, Online, texting, or video chat service
  - From a pastor, minister, or priest
  - Hospital emergency room
  - Other: \_\_\_\_\_

- 15** If **you** went **without any** needed medical, dental, counseling or mental health care in the **last 12 months**, what were the main reasons why? *Mark all that apply.*
- I did not go without care. I got all the care I needed
  - It cost too much
  - Getting to the clinic was too hard
  - The doctor or clinic did not understand my culture, lifestyle, identity, or my language
  - There was no local doctor that accepted my insurance
  - I did not know where to go
  - I was afraid
  - Other: \_\_\_\_\_

- 16** In the **last 12 months**, did **you or anyone in your family** go to Portland, Vancouver, Pendleton, or Central Oregon for any of the following services?

	Yes	No
Addictions treatment .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer treatment .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental Health specialist .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedics.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain Management .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurology.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiology.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skin Conditions .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PART 2 YOUR CHILDREN

If you do not have children, please GO TO Question 31.

- 17** Do you have any children under 18 years of age?
- Yes
  - No → **(Go to Question 31)**

**18** In the **last 12 months**, did **any of your children** need any **medical** care?

- Yes
- No → **(Go to Question 20)**

**19** Did **they** get all the **medical** care they needed?

- Yes → **(Go to Question 20)**
- No → Which types of medical care did they go without? *Mark all that apply.*
  - Checkup or physical exam
  - Visits for an illness or injury
  - Visits about a chronic health condition like asthma
  - Other kinds of care

**20** In the **last 12 months**, did **any of your children** need any **dental** care?

- Yes
- No → **(Go to Question 22)**

**21** Did **they** get all the **dental** care they needed?

- Yes → **(Go to Question 22)**
- No → Which types of care did they have to go without? *Mark all that apply.*
  - Dental check-up or teeth cleaning
  - Tooth ache or mouth pain
  - Other kinds of care

**22** In the **last 12 months**, did **any of your children** need **counseling or mental health** treatment?

- Yes
- No → **(Go to Question 25)**

**23** Did **they** get all the **counseling or mental health** care they needed?

- Yes → **(Go to Question 24)**
- No → Which types of counseling or mental health care did they go without?  
*Mark all that apply.*
  - Support for a personal problem
  - Treatment for a mental health condition or behavioral problem
  - Counseling to quit tobacco, alcohol, or drug use
  - Other kinds of care

**24** In the **last 12 months**, where did **they mostly** go to get counseling or mental health care? *Mark only one.*

- Their primary care doctor's office
- Mental health clinic
- School counselor
- Phone, Online, texting, or video chat service
- From a pastor, minister, or priest
- Hospital emergency room
- Other: \_\_\_\_\_

**25** In the **last 12 months**, did **any of your children** need **developmental care**, like speech therapy or help with a learning disability?

- Yes
- No → **(Go to Question 27)**

**26** Did **they** get all the **developmental care** they needed?

- Yes → **(Go to Question 27)**
- No → Which types of developmental care did they have to go without?  
*Mark all that apply.*
  - Speech language therapy
  - Occupational therapy
  - Treatment for a learning disability or developmental delay
  - Other kinds of care

**27** If **any of your children** went **without any** needed medical, dental, counseling or developmental care in the **last 12 months**, what were the main reasons why? *Mark all that apply*

- They did not go without care. They got all the care they needed
- It cost too much
- Getting to the clinic was too hard
- The doctor or clinic did not understand our culture, lifestyle, identity, or our language
- There was no local doctor that accepted their insurance
- I did not know where to take them
- They were afraid
- Other: \_\_\_\_\_

**28** Have you **ever** been told by a doctor or other health professional that **any of your children** have:

	Yes	No
Diabetes or sugar diabetes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A behavioral mental health diagnosis like depression, anxiety, or ADHD.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A developmental delay or learning disability (like Autism or Dyslexia).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overweight or obese .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance Use Problem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Another health condition.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Please tell us: _____		

**29** In the **last 12 months**, how often have you needed or wanted ideas and help for raising your children or grandchildren?

- Not at all → (Go to Question 31)
- Half of the time
- Most of the time

**30** What support would you find most helpful?  
*Mark all that apply.*

- Online information
- Parenting Hotline to call
- Parenting Classes
- Neighborhood parenting groups

## PART 3 YOUR HEALTH & LIFESTYLE

**31** In general, would you say your health is:

- Excellent
- Very Good
- Good
- Fair
- Poor

**32** Have you **ever** been told by a doctor or other health professional that **you** have any of these?

	Yes	No
Diabetes or sugar diabetes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High blood pressure .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High cholesterol .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dementia or memory condition .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overweight or obese .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression and anxiety .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Post-traumatic stress disorder (PTSD).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance Use Problem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Another health condition.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Please tell us: _____		

**33** During the **past 2 weeks**, how often have you been bothered by these?

	Not at all	Some days	Over half the days	Almost every day
Little interest or pleasure in doing things .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling down, depressed, or hopeless.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling nervous, anxious, or on edge .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not being able to stop or control worrying.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34 Do you have any difficulty with the following?

	No difficulty	Some difficulty	A lot of difficulty	Cannot do at all
--	---------------	-----------------	---------------------	------------------

- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Seeing, even if wearing glasses?...                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hearing, even if using a hearing aid?.....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Walking or climbing steps? .....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Remembering or concentrating?.....                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Self-care, such as washing or dressing?.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Difficulty communicating, understanding, or being understood? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35 Most days, how many servings of fruit do you eat? *A serving is one piece of fruit or about a cup of cut-up fruit. Do not count fruit juices.*

↳ \_\_\_\_\_ servings per day

36 Most days, how many servings of veggies do you eat? *A serving is about a cup of veggies like green beans, salad, or potatoes. Do not include fried foods like French fries.*

↳ \_\_\_\_\_ servings per day

37 Which of the following have you used in the **last 12 months**? *Mark all that apply.*

- Smoking tobacco (cigarette, cigar, etc.)
- Chewing tobacco
- Electronic smoking systems (vape, juul, etc.)
- Marijuana products (smoked, vaped, or edibles)

38 Do you **currently** smoke cigarettes or e-cigarettes?

- Every day
- Some days
- Not at all → (Go to Question 40)

39 Do you want to quit using tobacco or smoking systems?

- Yes
- No

40 How often did you have a drink with alcohol in it in the **last 12 months**? *Drinks with alcohol include beer, wine, and liquor.*

- Never → (Go to Question 43)
- Once a month or less
- 2 to 4 times a month
- 2 to 3 times a week
- 4 or more times a week

41 How many **days per week** do you drink alcohol now?

- 0 to 1
- 2 to 3
- 4 to 5
- 6 to 7

42 On the days when you did drink alcohol, how many drinks did you usually have **per day**? *A drink is one beer, one glass of wine, or one shot of liquor.*

- 1 or 2
- 3 or 4
- 5 or 6
- 7 to 9
- 10 or more

43 In the **last 12 months**, have **you or anyone in your household** used any of the following?

*Mark all that apply.*

- Opioids not as prescribed (oxycodone, heroin, morphine, methadone, codeine, etc.)
- Amphetamine type stimulants (meth, speed, diet pills, ecstasy, etc.)
- Any other street drug

## PART 4 YOUR HOUSEHOLD FUNDS

**44** Which of these best describes your housing today?  
*Mark all that apply.*

- I have housing of my own, and **I am not** worried about losing it.
- I have housing of my own, but **I am** worried about losing it.
- I am staying in a hotel.
- I am staying with friends or family.
- I am staying in a shelter, in a car, or on the street.
- Other: \_\_\_\_\_

**45** How much do you pay out-of-pocket for housing each month?

- I do not pay for housing
- Less than \$750
- Between \$750 and \$1,500
- More than \$1,500

**46** In the **past 12 months**, have you **worried** that your food would run out before you had money to buy more?

- Often
- Sometimes
- Never

**47** In the **past 12 months**, have you or someone in your household **had to go without** any of these because you did not have the money?

	Yes	No
Food or meals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilities or phone .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transportation .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clothing.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Housing.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Childcare.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social activities .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercise or sports.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**48** In the **past 12 months**, have you or someone in your household **had to go without** any of these because of no transportation or the distance was too far?

	Yes	No
Food or meals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Healthcare .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Childcare .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social activities .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercise or sports .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PART 5 YOUR COMMUNITY & EXPERIENCES

**49** Please tell us about the community where you live now:

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
People are willing to help each other.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
People can be trusted.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You can count on adults to watch out that children are safe and do not get in trouble .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel safe here.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**50** Do you help an **adult** relative, loved one, or friend with their living or health needs that they would not be able to do without you? *These tasks may include help to manage medication, change bandages, and schedule medical visits.*

- Yes
- No → **(Go to Question 53)**

**51** How often do you feel you have the support you need to help you deal with the challenges of caring for this adult?

- All of the time → **(Go to Question 53)**
- Some of the time
- None of the time

**52** What supports do you need?

- Respite Care - temporary care for this adult so you can take a break
- Support groups for myself
- Instructions on how to do certain tasks
- Adult Day Care so I can work
- Other: \_\_\_\_\_

**53** How often do you think you would have someone there for you to do each of these?

	None of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
--	------------------	------------------	------------------	-----------------

- Love you and make you feel wanted.....
- Give you good advice about a crisis.....
- Get together with you to relax.....
- Confide in or talk to about your problems.....
- Help you if you were confined to a bed....

**54** To what extent have you had hard times or traumatic events in your life?

	Not at all	Some	A lot
--	------------	------	-------

- Life changing illness or injury ..
- Neglect of any kind.....
- Lived with someone with mental illness.....
- Lived with someone with substance abuse issues.....
- Witnessed or experienced violence.....
- Made to do something sexual that you did not want to do ...
- Physically hurt or threatened by an intimate partner.....
- Abuse of any kind.....
- Parents were separated or divorced during your childhood (ages newborn to 18).....
- A suicide attempt by a close friend or family member.....
- Unexpected death of a loved one.....
- Other traumatic event.....

**55** To what extent do you feel the hard times or traumatic events you have had still impact you today?

- Not at All
- Some
- A lot

**56** To what extent have **you experienced** unfair treatment by others because of your race, ethnicity, gender, or sexual orientation?

- None of the time
- Some of the time
- Most of the time
- All of the time

**57** To what extent have **you witnessed** others being treated unfairly because of their race, ethnicity, gender, or sexual orientation?

- None of the time
- Some of the time
- Most of the time
- All of the time

**58** I know of at least one local resource where I could refer someone who is at risk for suicide.

- Yes
- No

## PART 6 YOU & YOUR FAMILY

**59** What is your gender?

- Male
- Female
- Transgender
- Gender non-binary
- Gender non-conforming
- Choose not to answer
- Other: \_\_\_\_\_

**60** What year were you born? \_\_\_\_\_

**61** Are you Hispanic or Latino/Latina/Latinx?

- Yes
- No

**62** Which one or more of these would you say is your race? *Mark all that apply.*

- White
- Black or African American
- Asian or Asian American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- American Indian or Alaska Native
- Other: \_\_\_\_\_
- Do not know or not sure
- Prefer not to answer



- 63** What language do you speak best?
- English
  - Spanish
  - Vietnamese
  - Russian
  - Mandarin/Cantonese
  - Other: \_\_\_\_\_

- 64** What language do you read and write best?
- English
  - Spanish
  - Vietnamese
  - Russian
  - Mandarin/Cantonese
  - Other: \_\_\_\_\_

- 65** How many hours per week, on average, do you work at your current job or jobs?
- I do not work right now
  - Less than 20 hours a week
  - 20 to 39 hours a week
  - 40 to 59 hours a week
  - 60 or more hours a week

- 66** In the **last 12 months**, have **you or a member of your household**, ever done agricultural work as your main job?
- Yes
  - No → **(Go to Question 69)**

- 67** Do **you or a member of your household** work at your current job year-round or on a seasonal basis (part of the year)?
- Year round
  - Seasonal (part of the year)
  - Do not know

- 68** Have **you or a member of your household...**  
*Mark only one.*
- Moved in the last 12 months to another area to work mostly in agriculture?
  - Stayed in this area for the last 12 months to work mostly in agriculture?
  - Does not apply to me

- 69** What is your gross household income? *Your best estimate is fine. Gross income means before taxes and deductions are taken out.*
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> \$0                  | <input type="radio"/> \$50,001 to \$60,000  |
| <input type="radio"/> \$1 to \$10,000      | <input type="radio"/> \$60,001 to \$70,000  |
| <input type="radio"/> \$10,001 to \$20,000 | <input type="radio"/> \$70,001 to \$80,000  |
| <input type="radio"/> \$20,001 to \$30,000 | <input type="radio"/> \$80,001 to \$90,000  |
| <input type="radio"/> \$30,001 to \$40,000 | <input type="radio"/> \$90,001 to \$100,000 |
| <input type="radio"/> \$40,001 to \$50,000 | <input type="radio"/> More than \$100,000   |

- 70** In all, how many people are part of your household? *Count adults and children under 18.*
- ↳ Me, plus \_\_\_\_\_ other adults,  
\_\_\_\_\_ children ages newborn to 5  
\_\_\_\_\_ children ages 6 to 17

- 71** What adults are part of your household?  
*Mark all that apply.*
- Just me
  - Spouse or partner
  - My parents or my partner's parents
  - Adult children
  - Other: \_\_\_\_\_

- 72** Where do you live most of the time?  
*Please enter the letter from the map that is closest to where you live \_\_\_\_\_*

# Encuesta sobre la salud de la comunidad

**Instrucciones:** Para cada pregunta, llene la casilla que mejor expresa su respuesta. Los resultados son confidenciales. Usted puede saltarse a cualquier pregunta que no quiera contestar.

Cuando termine, por favor ponga la encuesta en el sobre adjunto con porte pagado y envíela por correo. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, lea la carta que se incluye aquí o llámenos al 1-877-215-0686.

## PARTE 1 Su atención médica

- 1** ¿Tiene algún tipo de seguro médico hoy en día?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 3)**

- 2** ¿Qué tipo de seguro médico tiene?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*
- La Medical de Oregon (Oregon Health Plan)
  - La Medical de Washington (Apple Health)
  - Medicare o Medicare Advantage
  - De veteranos de guerra (VA), TRICARE u otra atención médica militar
  - Seguro a través de mi empleador o del empleador de uno de mis familiares
  - Seguro que pago yo mismo
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Hoy en día no tengo seguro
  - No sé → **(Salte a la Pregunta 4)**

- 3** Si **no** tiene ahora ningún tipo de seguro médico, ¿cuáles son los motivos?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*
- Cuesta mucho
  - No creo necesitarlo
  - Estoy esperando a que un trabajo me lo ofrezca
  - Es muy difícil inscribirse
  - No he tenido tiempo de tramitarlo
  - No cumplo con los requisitos
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 4** ¿Durante cuánto tiempo en los **últimos 12 meses** tuvo seguro para la siguiente atención?

	Los 12 meses	Parte de los 12 meses	Nunca en los 12 meses
Atención médica .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención dental.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de la vista....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención a largo plazo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 5** ¿Va usted a algún sitio para recibir atención médica cuando no es emergencia?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 7)**

- 6** ¿Por lo general, a dónde va **usted** para recibir atención médica cuando no es emergencia?  
*Marque solo una casilla.*
- Una clínica médica de atención primaria.  
*¿Cuál?*
    - Arlington Medical Center
    - Asher Community Health Center
    - Deschutes Rim
    - Mid-Columbia Medical Center
    - Sherman County Medical Clinic
    - South Gilliam Health Center
    - Otra: \_\_\_\_\_
  - Departamento de Salud. *¿Cuál?*
    - \_\_\_\_\_
  - Una clínica de salud mental. *¿Cuál?*
    - Community Counseling Solutions
    - Mid-Columbia Center for Living
    - Otra: \_\_\_\_\_
  - Una clínica de una tribu
  - Una clínica para veteranos de guerra (VA)
  - La sala de emergencia de un hospital
  - Otra: \_\_\_\_\_
  - Por lo general, no tengo un lugar a donde voy

- 7** ¿Tiene usted **por lo menos una persona** a quien considera su doctor o médico de atención primaria?
- Sí
  - No

- 8** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** algún tipo de atención **médica**?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 10)**

- 9** ¿Recibió **usted** toda la atención **médica** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 10)**
  - No → ¿Qué tipo de atención médica le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o examen físico
    - Consultas por una lesión o enfermedad
    - Consultas sobre un padecimiento médico crónico, como diabetes o alta presión
    - Otro tipo de atención

- 10** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** algún tipo de atención **dental**?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 12)**

- 11** ¿Recibió **usted** toda la atención **dental** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 12)**
  - No → ¿Qué tipo de atención le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o limpieza dental
    - Dolor de boca o de muelas
    - Otro tipo de atención

- 12** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** **tratamiento o terapia de salud mental**?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 15)**

- 13** ¿Recibió **usted** toda la **terapia o atención de salud mental** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 14)**
  - No → ¿Qué tipo de atención le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Apoyo para un problema personal
    - Tratamiento para un padecimiento de salud mental, como trastorno por estrés postraumático (PTSD), depresión o ansiedad
    - Terapia para dejar de fumar, beber alcohol o usar drogas
    - Otro tipo de atención

- 14** En los **últimos 12 meses**, ¿a qué sitio fue **la mayoría de las veces** a recibir terapia o atención de salud mental? *Marque solo una casilla.*
- El consultorio de mi médico de atención primaria
  - Una clínica de salud mental
  - Una clínica para veteranos de guerra (VA)
  - Servicio de teléfono, en línea, mensajes de texto, o conversación por video
  - Un pastor, ministro o sacerdote
  - La sala de emergencia de un hospital
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 15** Si **usted no recibió ninguna** atención médica, dental, de terapia o de salud mental en los **últimos 12 meses**, ¿cuáles fueron los motivos principales? *Marque todas las casillas que apliquen.*
- No me faltó atención. Recibí toda la atención que necesitaba
  - Costaba mucho
  - Era muy difícil ir a la clínica
  - El médico o la clínica no entendía mi cultura, estilo de vida, identidad ni mi idioma
  - No había un médico local que aceptara mi seguro
  - No sabía a dónde ir
  - Yo tenía miedo
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 16** En los **últimos 12 meses**, ¿**usted o alguien en su familia** fue a Portland, Vancouver, Pendleton o a la región central de Oregon para recibir alguno de los siguientes servicios?

	Sí	No
Tratamiento por adicciones.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento de cáncer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especialista en salud mental .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortopedia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo del dolor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurología.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiología.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padecimientos de la piel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si no tiene hijos, PASE a la Pregunta 31.

- 17** ¿Tiene usted hijos menores de 18 años?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 31)

- 18** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención médica?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 20)

- 19** ¿Recibieron ellos toda la atención médica que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 20)
  - No → ¿Qué tipo de atención médica les faltó? Marque todas las casillas que apliquen.
    - Revisión o examen físico
    - Consultas por una lesión o enfermedad
    - Consultas sobre un padecimiento médico crónico, como asma
    - Otro tipo de atención

- 20** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención dental?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 22)

- 21** ¿Recibieron ellos toda la atención dental que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 22)
  - No → ¿Qué tipo de atención les faltó? Marque todas las casillas que apliquen.
    - Revisión o limpieza dental
    - Dolor de boca o de muelas
    - Otro tipo de atención

- 22** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó terapia o tratamiento de salud mental?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 25)

- 23** ¿Recibieron ellos toda la terapia o atención de salud mental que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 24)
  - No → ¿Qué tipo de terapia o atención de salud mental les faltó? Marque todas las casillas que apliquen.
    - Apoyo para un problema personal
    - Tratamiento para un padecimiento de salud mental, o problema de conducta
    - Terapia para dejar de fumar, beber alcohol o usar drogas
    - Otro tipo de atención

- 24** En los últimos 12 meses, ¿a qué sitio fueron ellos la mayoría de las veces a recibir terapia o atención de salud mental? Marque solo una casilla.
- El consultorio de su médico de atención primaria
  - Una clínica de salud mental
  - Un terapeuta de la escuela
  - Servicio de teléfono, mensajes de texto, o conversación por video
  - Un pastor, ministro o sacerdote
  - La sala de emergencia de un hospital
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 25** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención para el desarrollo, como terapia del hablar o ayuda con una discapacidad de aprendizaje?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 27)

- 26** ¿Recibieron ellos toda la atención para el desarrollo que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 27)
  - No → ¿Qué tipo de atención para el desarrollo les faltó? Marque todas las casillas que apliquen.
    - Terapia del hablar
    - Terapia ocupacional
    - Tratamiento para una discapacidad de aprendizaje o un atraso en el desarrollo
    - Otro tipo de atención

**27** Si **alguno de sus hijos no recibió ninguna** atención médica, dental, de terapia o del desarrollo necesaria en los **últimos 12 meses**, ¿cuáles fueron los motivos principales? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- No les faltó atención. Recibieron toda la atención que necesitaban
- Costaba mucho
- Era muy difícil ir a la clínica
- El médico o la clínica no entendía nuestra cultura, estilo de vida, identidad ni nuestro idioma
- No había un médico local que aceptara su seguro
- No sabía a dónde llevarlos
- Ellos tenían miedo
- Otro: \_\_\_\_\_

**28** ¿**Alguna vez** le ha dicho un médico u otro profesional de atención médica que **alguno de sus hijos** tiene una de estas afecciones:

	Sí	No
Diabetes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un diagnóstico de conducta de salud mental, como depresión, ansiedad o ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atraso del desarrollo o discapacidad de aprendizaje (como autismo o dislexia).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrepeso u obesidad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problema de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro padecimiento médico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Díganos cuál: _____		

**29** En los **últimos 12 meses**, ¿cuántas veces ha usted necesitado o deseado recibir ideas y ayuda para apoyar al desarrollo de sus hijos o nietos?

- Nunca → **(Salte a la Pregunta 31)**
- La mitad del tiempo
- Casi siempre

**30** ¿Qué apoyo más le ayudaría?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Información en línea (por Internet)
- Línea directa de ayuda para apoyar el desarrollo de los hijos
- Clases de cómo ayudar el desarrollo de los hijos
- Grupos locales (en el mismo barrio) sobre el desarrollo de los hijos

### PARTE 3 Su salud y estilo de vida

**31** En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**32** ¿**Alguna vez** le ha dicho un médico u otro profesional de atención médica que **usted** tiene una de estas afecciones?

	Sí	No
Diabetes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta presión .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto colesterol .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demencia o problemas de memoria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrepeso u obesidad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión y ansiedad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno por estrés postraumático (PTSD).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problema de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro padecimiento médico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Díganos cuál: _____		

**33** En las **últimas dos semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido estos problemas?

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o gusto en hacer cosas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente sin energía, deprimido o sin esperanzas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente nervioso, ansioso o a la defensiva .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No puede dejar de preocuparse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34** ¿Le es difícil hacer lo siguiente?

	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	No puedo hacerlo
Ver, incluso con lentes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oír, incluso con aparatos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar o subir escaleras .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recordar algo o concentrarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidarse a sí mismo, como bañarse o vestirse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicarse, entender o ser entendido .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35** La mayoría de los días, ¿cuántas porciones de fruta come usted? *Una porción es más o menos una taza de fruta cortada. No incluya los jugos de fruta.*

↳ \_\_\_\_\_ porciones al día

**36** La mayoría de los días, ¿cuántas porciones de verduras come? *Una porción es más o menos una taza de verduras, como ejotes, ensalada o papas. No incluya verduras fritas, por ejemplo, papas fritas.*

↳ \_\_\_\_\_ porciones al día

**37** ¿Cuáles de los siguientes productos ha usado en los **últimos 12 meses**?

Marque todas las casillas que apliquen.

- Tabaco para fumar (cigarrillos, habanos, etc.)
- Tabaco para mascar
- Sistemas electrónicos de fumar (vapeador, juul, etc.)
- Productos de marihuana (que se fuma, vaporizada o que se come)

**38** ¿Hoy en día fuma cigarrillos o cigarrillos electrónicos?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca → **(Salte a la Pregunta 40)**

**39** ¿Quiere usted dejar de usar tabaco o sistemas electrónicos de fumar?

- Sí
- No

**40** ¿Con qué frecuencia tomó una bebida con alcohol en los **últimos 12 meses**? *Las bebidas con alcohol incluyen cerveza, vino y licores fuertes.*

- Nunca → **(Salte a la Pregunta 43)**
- Una vez al mes o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

**41** ¿Cuántos **días a la semana** bebe alcohol hoy en día?

- 0 a 1
- 2 a 3
- 4 a 5
- 6 a 7

**42** En los días en los que bebe alcohol, ¿por lo general, cuántas bebidas toma **al día**? *Una bebida es una cerveza, una copa de vino o una medida de licor fuerte.*

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

**43** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien que **viva en su casa** ha usado alguno de los siguientes productos? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- Opioides de manera distinta a las instrucciones de la receta (oxicodona, heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)
- Estimulantes del tipo anfetaminas (metanfetaminas, anfetam, meta, tiza, éxtasis, pastillas para adelgazar, etc.)
- Otra droga ilegal

## PARTE 4 Su situación económica

**44** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actual situación de vivienda?

*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Tengo vivienda propia y **no estoy** preocupado por perderla
- Tengo vivienda propia, pero **estoy** preocupado por perderla
- Me quedo en un hotel
- Vivo con amigos o familiares
- Me quedo en un albergue, en un auto o en la calle
- Otra: \_\_\_\_\_

**45** ¿Cuánto paga cada mes por su vivienda?

- No pago nada por la vivienda
- Menos de \$750
- Entre \$750 y \$1,500
- Más de \$1,500

**46** En los **últimos 12 meses**, ¿se ha **preocupado** usted que se acabe la comida antes de tener dinero para comprar más?

- Con frecuencia
- A veces
- Nunca

**47** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien en su casa **no tuvo** alguno de los siguientes productos o servicios porque no tenía el dinero para pagarlo?

	Sí	No
Alimentos o comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gas, electricidad, teléfono, etc. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ropa .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivienda .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardería o alguien que cuidara a sus hijos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades sociales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicio o deportes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**48** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien en su casa **no tuvo** alguno de estos porque no había transporte o la distancia era muy lejos?

	Sí	No
Alimentos o comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención médica.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardería o alguien que cuidara a los hijos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades sociales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicio o deportes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PARTE 5 Su comunidad y experiencias

**49** Díganos sobre la comunidad en la que vive ahora

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Nada de acuerdo
Las personas en mi comunidad están dispuestas a ayudarse unas a otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se puede confiar en las personas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se puede contar con adultos pendientes de que los niños estén a salvo y no se metan en problemas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento seguro aquí.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**50** ¿Ayuda usted a un **adulto** con sus necesidades de vida diaria o atención médica que él o ella no podría satisfacer sin la ayuda de usted? *Ese adulto podría ser un familiar, un ser querido o un amigo. Ayudar con las necesidades incluye administrar medicinas, cambiar vendajes y programar citas médicas.*

- Sí
- No → **(Salte a la Pregunta 53)**

**51** ¿Con qué frecuencia siente que tiene el apoyo necesario para ayudarlo a enfrentar las dificultades de cuidar a ese adulto?

- Todo el tiempo → **(Salte a la Pregunta 53)**
- Parte del tiempo
- Nunca

**52** ¿Qué apoyos necesita usted?

- Un descanso – atención temporal para ese adulto y poder yo descansar un poco
- Grupos de apoyo para mí mismo
- Instrucciones sobre cómo hacer ciertos deberes
- Instituciones que cuiden a ese adulto de día, para que yo pueda trabajar
- Otro: \_\_\_\_\_

**53** ¿Con qué frecuencia cree que tendría a alguien disponible para cada uno de estos?

	Nunca	Parte del tiempo	Casi siempre	Siempre
--	-------	------------------	--------------	---------

Darle amor y hacerlo sentirse querido? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darle buenos consejos sobre un problema o crisis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reunirse con usted para descansar? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablar en confianza sobre sus problemas propios? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudarle si usted tuviera que estar en cama? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54** ¿Hasta qué punto ha tenido épocas difíciles o eventos traumáticos en su vida?

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
--	-------	---------------	--------------

Enfermedad o lesión que me haya cambiado la vida .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descuido o abandono de cualquier tipo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He vivido con alguien que tenía una enfermedad mental .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He vivido con alguien con problemas de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He padecido o presenciado violencia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me obligaron a hacer una actividad sexual que yo no quería.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me amenazó o lastimó físicamente mi pareja íntima.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maltrato de cualquier tipo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis padres se separaron cuando yo era niño (menor de 18 años) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un amigo o familiar cercano intentó suicidarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muerte inesperada de un ser querido.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro evento traumático .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**55** ¿Hasta qué punto siente que las épocas difíciles o eventos traumáticos que ha tenido todavía le afectan ahora?

- Nada
- Algo
- Mucho

**56** ¿Hasta qué punto **sufrió usted** un trato injusto de otras personas debido a su raza, grupo étnico, género, u orientación sexual?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre



**57** ¿Hasta qué punto **presenció usted** que trataran a otras personas de forma injusta debido a su raza, grupo étnico, género, u orientación sexual?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**58** ¿Sabe usted de, al menos, un recurso local a donde podría referir a alguien que esté en riesgo de suicidarse?

- Sí
- No

## PARTE 6 Usted y su familia

**59** ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- Género no binario
- Género no convencional
- Prefiero no contestar
- Otro: \_\_\_\_\_

**60** ¿En qué año nació usted? \_\_\_\_\_

**61** ¿Es hispano, latino, latina o latinx?

- Sí
- No

**62** ¿A qué raza o razas considera usted que pertenece?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática o asiática-americana
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Indígena de Alaska o de una tribu en Estados Unidos
- Otra: \_\_\_\_\_
- No sé o no estoy seguro
- Prefiero no contestar

**63** ¿Cuál es el idioma que habla mejor?

- Español
- Inglés
- Vietnamita
- Ruso
- Mandarín o cantonés
- Otro: \_\_\_\_\_

**64** ¿Qué idioma puede leer y escribir mejor?

- Español
- Inglés
- Vietnamita
- Ruso
- Mandarín o cantonés
- Otro: \_\_\_\_\_

**65** ¿Cuántas horas a la semana, en promedio, trabaja en su empleo o empleos actuales?

- Hoy en día no estoy trabajando
- Menos de 20 horas a la semana
- 20 a 39 horas a la semana
- 40 a 59 horas a la semana
- 60 o más horas a la semana

**66** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o una persona **que viva con usted** ha trabajado en agricultura como su empleo principal? *Esto puede incluir trabajo en la huerta, el empaque, las canerías, los viveros, las lecherías, etc.*

- Sí
- No → (Salte a la Pregunta 69)

**67** ¿Usted o una persona que viva con usted trabaja en su empleo todo el año o por temporada?

- Todo el año
- Por temporada
- No sé

**68** ¿Usted o una persona que viva con usted...  
*Marque solo una casilla.*

- ... se mudó en los últimos 12 meses a otra área para trabajar en agricultura?
- ... se quedó en esta área durante los últimos 12 meses para trabajar en agricultura?
- La pregunta no se aplica a mí

**69** ¿Entre todos de su hogar, cuál fue su ingreso bruto para el 2018? *Marque el que más se aproxime. El ingreso bruto es el sueldo antes de sacar los impuestos y deducciones.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> \$0                 | <input type="radio"/> \$50,001 a \$60,000  |
| <input type="radio"/> \$1 a \$10,000      | <input type="radio"/> \$60,001 a \$70,000  |
| <input type="radio"/> \$10,001 a \$20,000 | <input type="radio"/> \$70,001 a \$80,000  |
| <input type="radio"/> \$20,001 a \$30,000 | <input type="radio"/> \$80,001 a \$90,000  |
| <input type="radio"/> \$30,001 a \$40,000 | <input type="radio"/> \$90,001 a \$100,000 |
| <input type="radio"/> \$40,001 a \$50,000 | <input type="radio"/> Más de \$100,000     |

**70** En total, ¿cuántas personas viven en su hogar hoy en día? *Cuente a los adultos y a los niños menores de 18 años.*

↳ Yo, y \_\_\_\_\_ adultos más,  
\_\_\_\_\_ niños de 0 a 5 años  
\_\_\_\_\_ niños de 6 a 17 años

**71** ¿Cuáles adultos viven en su hogar hoy en día? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- Solo yo
- Mi cónyuge o pareja
- Mis padres o los padres de mi pareja
- Hijos adultos
- Otro(s): \_\_\_\_\_

**72** ¿Dónde vive la mayor parte del tiempo? *Escriba la letra en el mapa que esté más cerca de donde usted vive \_\_\_\_\_*

# COMMUNITY HEALTH SURVEY

INSTRUCTIONS: For each question, please fill in the circle that best represents your answer. Your results are completely private, and you can skip any question you do not want to answer. When you are finished, place the survey in the postage-paid envelope we have provided and drop it in the mail. If you have questions about this survey, please read the included letter or call us at 1-877-215-0686.

## PART 1 YOUR HEALTH CARE

**1** Do you have any kind of health insurance now?  
 Yes  
 No → **(Go to Question 3)**

**2** What kind of health insurance do you have?  
*Mark all that apply.*  
 Medicaid (Oregon Health Plan)  
 Medicaid (Washington Apple Health)  
 Medicare or Medicare Advantage  
 VA, TRICARE, or other military health care  
 Insurance through work or family member's work  
 Insurance I pay for myself  
 Other: \_\_\_\_\_  
 I do not have any insurance now  
 I do not know → **(Go to Question 4)**

**3** If you **do not** have any kind of health insurance now, what are the main reasons why?  
*Mark all that apply.*  
 It costs too much  
 I do not think I need it  
 I am waiting to get it through a job  
 Signing up is too hard  
 I have not had time to deal with it  
 I do not qualify  
 Other: \_\_\_\_\_

**4** For how many of the **last 12 months**, did you have insurance for the following health care?

	All 12 months	Some of the 12 months	None of the 12 months
Medical Care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental Care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Long-term Care .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5** Do you have a place you usually go to get health care when it's not an emergency?  
 Yes  
 No → **(Go to Question 7)**

**6** Where do **you** usually go to receive health care when it is not an emergency?  
 A Primary Care Clinic. *Which one?*  
 One Community Health  
 Mid-Columbia Medical Center  
 Providence  
 Columbia Gorge Family Medicine  
 Other: \_\_\_\_\_  
 Health Department. *Which one?*  
 \_\_\_\_\_  
 A Mental Health clinic. *Which one?*  
 Mid-Columbia Center for Living  
 Other: \_\_\_\_\_  
 A Tribal Clinic  
 A VA Clinic  
 A hospital emergency room  
 Other: \_\_\_\_\_  
 I don't have a place I go

**7** Do you have **at least one person** you think of as your doctor or health care provider?  
 Yes  
 No

**8** In the **last 12 months**, did **you** need any **medical care**?  
 Yes  
 No → **(Go to Question 10)**

- 9** Did **you** get all the **medical** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 10)**
  - No → Which types of medical care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Checkup or physical exam
    - Visits for an illness or injury
    - Visits about a chronic health condition like diabetes or high blood pressure
    - Other kinds of care

- 10** In the **last 12 months**, did **you** need any **dental** care?
- Yes
  - No → **(Go to Question 12)**

- 11** Did **you** get all the **dental** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 12)**
  - No → Which types of care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Dental check-up or teeth cleaning
    - Tooth ache or mouth pain
    - Other kinds of care

- 12** In the **last 12 months**, did **you** need **counseling or mental health treatment**?
- Yes
  - No → **(Go to Question 15)**

- 13** Did **you** get all the **counseling or mental health** care you needed?
- Yes → **(Go to Question 14)**
  - No → Which types of care did you have to go without? *Mark all that apply.*
    - Support for a personal problem
    - Treatment for a mental health condition like PTSD, depression, or anxiety
    - Counseling to quit tobacco, alcohol, or drug use
    - Other kinds of care

- 14** In the **last 12 months**, where did you **mostly** go to get counseling or mental health care? *Mark only one.*
- My primary care doctor's office
  - Mental Health clinic
  - VA Clinic
  - Phone, Online, texting, or video chat service
  - From a pastor, minister, or priest
  - Hospital emergency room
  - Other: \_\_\_\_\_

- 15** If **you** went **without any** needed medical, dental, counseling or mental health care in the **last 12 months**, what were the main reasons why? *Mark all that apply.*
- I did not go without care. I got all the care I needed
  - It cost too much
  - Getting to the clinic was too hard
  - The doctor or clinic did not understand my culture, lifestyle, identity, or my language
  - There was no local doctor that accepted my insurance
  - I did not know where to go
  - I was afraid
  - Other: \_\_\_\_\_

- 16** In the **last 12 months**, did **you or anyone in your family** go to Portland, Vancouver, Pendleton, or Central Oregon for any of the following services?

	Yes	No
Addictions treatment .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer treatment .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental Health specialist .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedics.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain Management .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurology.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiology.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skin Conditions .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PART 2 YOUR CHILDREN

If you do not have children, please GO TO Question 31.

- 17** Do you have any children under 18 years of age?
- Yes
  - No → **(Go to Question 31)**

**18** In the **last 12 months**, did **any of your children** need any **medical care**?

- Yes
- No → **(Go to Question 20)**

**19** Did **they** get all the **medical care** they needed?

- Yes → **(Go to Question 20)**
- No → Which types of medical care did they go without? *Mark all that apply.*
  - Checkup or physical exam
  - Visits for an illness or injury
  - Visits about a chronic health condition like asthma
  - Other kinds of care

**20** In the **last 12 months**, did **any of your children** need any **dental care**?

- Yes
- No → **(Go to Question 22)**

**21** Did **they** get all the **dental care** they needed?

- Yes → **(Go to Question 22)**
- No → Which types of care did they have to go without? *Mark all that apply.*
  - Dental check-up or teeth cleaning
  - Tooth ache or mouth pain
  - Other kinds of care

**22** In the **last 12 months**, did **any of your children** need **counseling or mental health** treatment?

- Yes
- No → **(Go to Question 25)**

**23** Did **they** get all the **counseling or mental health care** they needed?

- Yes → **(Go to Question 24)**
- No → Which types of counseling or mental health care did they go without?  
*Mark all that apply.*
  - Support for a personal problem
  - Treatment for a mental health condition or behavioral problem
  - Counseling to quit tobacco, alcohol, or drug use
  - Other kinds of care

**24** In the **last 12 months**, where did **they mostly** go to get counseling or mental health care? *Mark only one.*

- Their primary care doctor's office
- Mental health clinic
- School counselor
- Phone, Online, texting, or video chat service
- From a pastor, minister, or priest
- Hospital emergency room
- Other: \_\_\_\_\_

**25** In the **last 12 months**, did **any of your children** need **developmental care**, like speech therapy or help with a learning disability?

- Yes
- No → **(Go to Question 27)**

**26** Did **they** get all the **developmental care** they needed?

- Yes → **(Go to Question 27)**
- No → Which types of developmental care did they have to go without?  
*Mark all that apply.*
  - Speech language therapy
  - Occupational therapy
  - Treatment for a learning disability or developmental delay
  - Other kinds of care

**27** If **any of your children** went **without any** needed medical, dental, counseling or developmental care in the **last 12 months**, what were the main reasons why? *Mark all that apply*

- They did not go without care. They got all the care they needed
- It cost too much
- Getting to the clinic was too hard
- The doctor or clinic did not understand our culture, lifestyle, identity, or our language
- There was no local doctor that accepted their insurance
- I did not know where to take them
- They were afraid
- Other: \_\_\_\_\_

**28** Have you **ever** been told by a doctor or other health professional that **any of your children** have:

	Yes	No
Diabetes or sugar diabetes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A behavioral mental health diagnosis like depression, anxiety, or ADHD.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A developmental delay or learning disability (like Autism or Dyslexia).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overweight or obese .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance Use Problem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Another health condition.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Please tell us: _____		

**29** In the **last 12 months**, how often have you needed or wanted ideas and help for raising your children or grandchildren?

- Not at all → **(Go to Question 31)**
- Half of the time
- Most of the time

**30** What support would you find most helpful?  
*Mark all that apply.*

- Online information
- Parenting Hotline to call
- Parenting Classes
- Neighborhood parenting groups

## PART 3 YOUR HEALTH & LIFESTYLE

**31** In general, would you say your health is:

- Excellent
- Very Good
- Good
- Fair
- Poor

**32** Have you **ever** been told by a doctor or other health professional that **you** have any of these?

	Yes	No
Diabetes or sugar diabetes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High blood pressure .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High cholesterol .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dementia or memory condition .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overweight or obese .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression and anxiety .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Post-traumatic stress disorder (PTSD).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substance Use Problem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Another health condition.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Please tell us: _____		

**33** During the **past 2 weeks**, how often have you been bothered by these?

	Not at all	Some days	Over half the days	Almost every day
Little interest or pleasure in doing things .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling down, depressed, or hopeless.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feeling nervous, anxious, or on edge .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not being able to stop or control worrying.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34** Do you have any difficulty with the following?

	No difficulty	Some difficulty	A lot of difficulty	Cannot do at all
--	---------------	-----------------	---------------------	------------------

- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Seeing, even if wearing glasses?...                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hearing, even if using a hearing aid?.....                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Walking or climbing steps? .....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Remembering or concentrating?.....                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Self-care, such as washing or dressing?.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Difficulty communicating, understanding, or being understood? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**35** Most days, how many servings of fruit do you eat? *A serving is one piece of fruit or about a cup of cut-up fruit. Do not count fruit juices.*

↳ \_\_\_\_\_ servings per day

**36** Most days, how many servings of veggies do you eat? *A serving is about a cup of veggies like green beans, salad, or potatoes. Do not include fried foods like French fries.*

↳ \_\_\_\_\_ servings per day

**37** Which of the following have you used in the **last 12 months**? *Mark all that apply.*

- Smoking tobacco (cigarette, cigar, etc.)
- Chewing tobacco
- Electronic smoking systems (vape, juul, etc.)
- Marijuana products (smoked, vaped, or edibles)

**38** Do you **currently** smoke cigarettes or e-cigarettes?

- Every day
- Some days
- Not at all → **(Go to Question 40)**

**39** Do you want to quit using tobacco or smoking systems?

- Yes
- No

**40** How often did you have a drink with alcohol in it in the **last 12 months**? *Drinks with alcohol include beer, wine, and liquor.*

- Never → **(Go to Question 43)**
- Once a month or less
- 2 to 4 times a month
- 2 to 3 times a week
- 4 or more times a week

**41** How many **days per week** do you drink alcohol now?

- 0 to 1
- 2 to 3
- 4 to 5
- 6 to 7

**42** On the days when you did drink alcohol, how many drinks did you usually have **per day**? *A drink is one beer, one glass of wine, or one shot of liquor.*

- 1 or 2
- 3 or 4
- 5 or 6
- 7 to 9
- 10 or more

**43** In the **last 12 months**, have **you or anyone in your household** used any of the following?

*Mark all that apply.*

- Opioids not as prescribed (oxycodone, heroin, morphine, methadone, codeine, etc.)
- Amphetamine type stimulants (meth, speed, diet pills, ecstasy, etc.)
- Any other street drug

## PART 4 YOUR HOUSEHOLD FUNDS

**44** Which of these best describes your housing today?

Mark all that apply.

- I have housing of my own, and **I am not** worried about losing it.
- I have housing of my own, but **I am** worried about losing it.
- I am staying in a hotel.
- I am staying with friends or family.
- I am staying in a shelter, in a car, or on the street.
- Other: \_\_\_\_\_

**45** How much do you pay out-of-pocket for housing each month?

- I do not pay for housing
- Less than \$750
- Between \$750 and \$1,500
- More than \$1,500

**46** In the **past 12 months**, have you **worried** that your food would run out before you had money to buy more?

- Often
- Sometimes
- Never

**47** In the **past 12 months**, have you or someone in your household **had to go without** any of these because you did not have the money?

	Yes	No
Food or meals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilities or phone .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transportation .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clothing.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Housing.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Childcare.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social activities .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercise or sports.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**48** In the **past 12 months**, have you or someone in your household **had to go without** any of these because of no transportation or the distance was too far?

	Yes	No
Food or meals .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Healthcare.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Childcare .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social activities .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercise or sports.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PART 5 YOUR COMMUNITY & EXPERIENCES

**49** Please tell us about the community where you live now:

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
People are willing to help each other.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
People can be trusted.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You can count on adults to watch out that children are safe and do not get in trouble .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel safe here.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**50** Do you help an **adult** relative, loved one, or friend with their living or health needs that they would not be able to do without you? *These tasks may include help to manage medication, change bandages, and schedule medical visits.*

- Yes
- No → **(Go to Question 53)**

**51** How often do you feel you have the support you need to help you deal with the challenges of caring for this adult?

- All of the time → **(Go to Question 53)**
- Some of the time
- None of the time

**52** What supports do you need?

- Respite Care - temporary care for this adult so you can take a break
- Support groups for myself
- Instructions on how to do certain tasks
- Adult Day Care so I can work
- Other: \_\_\_\_\_



**53** How often do you think you would have someone there for you to do each of these?

	None of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
--	------------------	------------------	------------------	-----------------

- Love you and make you feel wanted.....
- Give you good advice about a crisis.....
- Get together with you to relax.....
- Confide in or talk to about your problems.....
- Help you if you were confined to a bed....

**54** To what extent have you had hard times or traumatic events in your life?

	Not at all	Some	A lot
--	------------	------	-------

- Life changing illness or injury ..
- Neglect of any kind.....
- Lived with someone with mental illness.....
- Lived with someone with substance abuse issues.....
- Witnessed or experienced violence.....
- Made to do something sexual that you did not want to do ...
- Physically hurt or threatened by an intimate partner.....
- Abuse of any kind.....
- Parents were separated or divorced during your childhood (ages newborn to 18).....
- A suicide attempt by a close friend or family member.....
- Unexpected death of a loved one.....
- Other traumatic event.....

**55** To what extent do you feel the hard times or traumatic events you have had still impact you today?

- Not at All
- Some
- A lot

**56** To what extent have **you experienced** unfair treatment by others because of your race, ethnicity, gender, or sexual orientation?

- None of the time
- Some of the time
- Most of the time
- All of the time

**57** To what extent have **you witnessed** others being treated unfairly because of their race, ethnicity, gender, or sexual orientation?

- None of the time
- Some of the time
- Most of the time
- All of the time

**58** I know of at least one local resource where I could refer someone who is at risk for suicide.

- Yes
- No

## PART 6 YOU & YOUR FAMILY

**59** What is your gender?

- Male
- Female
- Transgender
- Gender non-binary
- Gender non-conforming
- Choose not to answer
- Other: \_\_\_\_\_

**60** What year were you born? \_\_\_\_\_

**61** Are you Hispanic or Latino/Latina/Latinx?

- Yes
- No

**62** Which one or more of these would you say is your race? *Mark all that apply.*

- White
- Black or African American
- Asian or Asian American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- American Indian or Alaska Native
- Other: \_\_\_\_\_
- Do not know or not sure
- Prefer not to answer

- 63** What language do you speak best?
- English
  - Spanish
  - Vietnamese
  - Russian
  - Mandarin/Cantonese
  - Other: \_\_\_\_\_

- 64** What language do you read and write best?
- English
  - Spanish
  - Vietnamese
  - Russian
  - Mandarin/Cantonese
  - Other: \_\_\_\_\_

- 65** How many hours per week, on average, do you work at your current job or jobs?
- I do not work right now
  - Less than 20 hours a week
  - 20 to 39 hours a week
  - 40 to 59 hours a week
  - 60 or more hours a week

- 66** In the **last 12 months**, have **you or a member of your household**, ever done agricultural work as your main job?
- Yes
  - No → **(Go to Question 69)**

- 67** Do **you or a member of your household** work at your current job year-round or on a seasonal basis (part of the year)?
- Year round
  - Seasonal (part of the year)
  - Do not know

- 68** Have **you or a member of your household...**  
*Mark only one.*
- Moved in the last 12 months to another area to work mostly in agriculture?
  - Stayed in this area for the last 12 months to work mostly in agriculture?
  - Does not apply to me

- 69** What is your gross household income? *Your best estimate is fine. Gross income means before taxes and deductions are taken out.*
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> \$0                  | <input type="radio"/> \$50,001 to \$60,000  |
| <input type="radio"/> \$1 to \$10,000      | <input type="radio"/> \$60,001 to \$70,000  |
| <input type="radio"/> \$10,001 to \$20,000 | <input type="radio"/> \$70,001 to \$80,000  |
| <input type="radio"/> \$20,001 to \$30,000 | <input type="radio"/> \$80,001 to \$90,000  |
| <input type="radio"/> \$30,001 to \$40,000 | <input type="radio"/> \$90,001 to \$100,000 |
| <input type="radio"/> \$40,001 to \$50,000 | <input type="radio"/> More than \$100,000   |

- 70** In all, how many people are part of your household? *Count adults and children under 18.*
- ↳ Me, plus \_\_\_\_\_ other adults,  
\_\_\_\_\_ children ages newborn to 5  
\_\_\_\_\_ children ages 6 to 17

- 71** What adults are part of your household?  
*Mark all that apply.*
- Just me
  - Spouse or partner
  - My parents or my partner's parents
  - Adult children
  - Other: \_\_\_\_\_

- 72** Where do you live most of the time?  
*Please enter the letter from the map that is closest to where you live \_\_\_\_\_*

# Encuesta sobre la salud de la comunidad

**Instrucciones:** Para cada pregunta, llene la casilla que mejor expresa su respuesta. Los resultados son confidenciales. Usted puede saltarse a cualquier pregunta que no quiera contestar.

Cuando termine, por favor ponga la encuesta en el sobre adjunto con porte pagado y envíela por correo. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, lea la carta que se incluye aquí o llámenos al 1-877-215-0686.

## PARTE 1 Su atención médica

**1** ¿Tiene algún tipo de seguro médico hoy en día?

- Sí
- No → **(Salte a la Pregunta 3)**

**2** ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

*Marque todas las casillas que apliquen.*

- La Medical de Oregon (Oregon Health Plan)
- La Medical de Washington (Apple Health)
- Medicare o Medicare Advantage
- De veteranos de guerra (VA), TRICARE u otra atención médica militar
- Seguro a través de mi empleador o del empleador de uno de mis familiares
- Seguro que pago yo mismo
- Otro: \_\_\_\_\_
- Hoy en día no tengo seguro
- No sé → **(Salte a la Pregunta 4)**

**3** Si **no** tiene ahora ningún tipo de seguro médico, ¿cuáles son los motivos?

*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Cuesta mucho
- No creo necesitarlo
- Estoy esperando a que un trabajo me lo ofrezca
- Es muy difícil inscribirse
- No he tenido tiempo de tramitarlo
- No cumplo con los requisitos
- Otro: \_\_\_\_\_

**4** ¿Durante cuánto tiempo en los **últimos 12 meses** tuvo seguro para la siguiente atención?

	Los 12 meses	Parte de los 12 meses	Nunca en los 12 meses
Atención médica .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención dental.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de la vista....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención a largo plazo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5** ¿Va usted a algún sitio para recibir atención médica cuando no es emergencia?

- Sí
- No → **(Salte a la Pregunta 7)**

**6** ¿Por lo general, a dónde va **usted** para recibir atención médica cuando no es emergencia?

*Marque solo una casilla.*

- Una clínica médica de atención primaria. ¿Cuál?
  - One Community Health
  - Mid-Columbia Medical Center
  - Providence
  - Columbia Gorge Family Medicine
  - Otra: \_\_\_\_\_
- Departamento de Salud. ¿Cuál?
  - \_\_\_\_\_
- Una clínica de salud mental. ¿Cuál?
  - Mid-Columbia Center for Living
  - Otra: \_\_\_\_\_
- Una clínica de una tribu
- Una clínica para veteranos de guerra (VA)
- La sala de emergencia de un hospital
- Otra: \_\_\_\_\_
- Por lo general, no tengo un lugar a donde voy

**7** ¿Tiene usted **por lo menos una persona** a quien considera su doctor o médico de atención primaria?

- Sí
- No

**8** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** algún tipo de atención **médica**?

- Sí
- No → **(Salte a la Pregunta 10)**

- 9** ¿Recibió **usted** toda la atención **médica** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 10)**
  - No → ¿Qué tipo de atención médica le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o examen físico
    - Consultas por una lesión o enfermedad
    - Consultas sobre un padecimiento médico crónico, como diabetes o alta presión
    - Otro tipo de atención

- 10** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** algún tipo de atención **dental**?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 12)**

- 11** ¿Recibió **usted** toda la atención **dental** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 12)**
  - No → ¿Qué tipo de atención le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o limpieza dental
    - Dolor de boca o de muelas
    - Otro tipo de atención

- 12** En los **últimos 12 meses**, ¿necesitó **usted** **tratamiento o terapia de salud mental**?
- Sí
  - No → **(Salte a la Pregunta 15)**

- 13** ¿Recibió **usted** toda la **terapia o atención de salud mental** que necesitaba?
- Sí → **(Salte a la Pregunta 14)**
  - No → ¿Qué tipo de atención le faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Apoyo para un problema personal
    - Tratamiento para un padecimiento de salud mental, como trastorno por estrés postraumático (PTSD), depresión o ansiedad
    - Terapia para dejar de fumar, beber alcohol o usar drogas
    - Otro tipo de atención

- 14** En los **últimos 12 meses**, ¿a qué sitio fue **la mayoría de las veces** a recibir terapia o atención de salud mental? *Marque solo una casilla.*
- El consultorio de mi médico de atención primaria
  - Una clínica de salud mental
  - Una clínica para veteranos de guerra (VA)
  - Servicio de teléfono, en línea, mensajes de texto, o conversación por video
  - Un pastor, ministro o sacerdote
  - La sala de emergencia de un hospital
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 15** Si **usted no recibió ninguna** atención médica, dental, de terapia o de salud mental en los **últimos 12 meses**, ¿cuáles fueron los motivos principales? *Marque todas las casillas que apliquen.*
- No me faltó atención. Recibí toda la atención que necesitaba
  - Costaba mucho
  - Era muy difícil ir a la clínica
  - El médico o la clínica no entendía mi cultura, estilo de vida, identidad ni mi idioma
  - No había un médico local que aceptara mi seguro
  - No sabía a dónde ir
  - Yo tenía miedo
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 16** En los **últimos 12 meses**, ¿**usted o alguien en su familia** fue a Portland, Vancouver, Pendleton o a la región central de Oregon para recibir alguno de los siguientes servicios?

	Sí	No
Tratamiento por adicciones.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento de cáncer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especialista en salud mental .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortopedia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manejo del dolor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurología.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiología.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padecimientos de la piel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si no tiene hijos, PASE a la Pregunta 31.

- 17** ¿Tiene usted hijos menores de 18 años?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 31)

- 18** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención médica?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 20)

- 19** ¿Recibieron ellos toda la atención médica que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 20)
  - No → ¿Qué tipo de atención médica les faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o examen físico
    - Consultas por una lesión o enfermedad
    - Consultas sobre un padecimiento médico crónico, como asma
    - Otro tipo de atención

- 20** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención dental?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 22)

- 21** ¿Recibieron ellos toda la atención dental que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 22)
  - No → ¿Qué tipo de atención les faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Revisión o limpieza dental
    - Dolor de boca o de muelas
    - Otro tipo de atención

- 22** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó terapia o tratamiento de salud mental?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 25)

- 23** ¿Recibieron ellos toda la terapia o atención de salud mental que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 24)
  - No → ¿Qué tipo de terapia o atención de salud mental les faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Apoyo para un problema personal
    - Tratamiento para un padecimiento de salud mental, o problema de conducta
    - Terapia para dejar de fumar, beber alcohol o usar drogas
    - Otro tipo de atención

- 24** En los últimos 12 meses, ¿a qué sitio fueron ellos la mayoría de las veces a recibir terapia o atención de salud mental? *Marque solo una casilla.*
- El consultorio de su médico de atención primaria
  - Una clínica de salud mental
  - Un terapeuta de la escuela
  - Servicio de teléfono, mensajes de texto, o conversación por video
  - Un pastor, ministro o sacerdote
  - La sala de emergencia de un hospital
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 25** En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus hijos necesitó atención para el desarrollo, como terapia del hablar o ayuda con una discapacidad de aprendizaje?
- Sí
  - No → (Salte a la Pregunta 27)

- 26** ¿Recibieron ellos toda la atención para el desarrollo que necesitaban?
- Sí → (Salte a la Pregunta 27)
  - No → ¿Qué tipo de atención para el desarrollo les faltó? *Marque todas las casillas que apliquen.*
    - Terapia del hablar
    - Terapia ocupacional
    - Tratamiento para una discapacidad de aprendizaje o un atraso en el desarrollo
    - Otro tipo de atención

**27** Si **alguno de sus hijos no recibió ninguna** atención médica, dental, de terapia o del desarrollo necesaria en los **últimos 12 meses**, ¿cuáles fueron los motivos principales? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- No les faltó atención. Recibieron toda la atención que necesitaban
- Costaba mucho
- Era muy difícil ir a la clínica
- El médico o la clínica no entendía nuestra cultura, estilo de vida, identidad ni nuestro idioma
- No había un médico local que aceptara su seguro
- No sabía a dónde llevarlos
- Ellos tenían miedo
- Otro: \_\_\_\_\_

**28** ¿**Alguna vez** le ha dicho un médico u otro profesional de atención médica que **alguno de sus hijos** tiene una de estas afecciones:

	Sí	No
Diabetes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un diagnóstico de conducta de salud mental, como depresión, ansiedad o ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atraso del desarrollo o discapacidad de aprendizaje (como autismo o dislexia).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrepeso u obesidad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problema de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro padecimiento médico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Díganos cuál: _____		

**29** En los **últimos 12 meses**, ¿cuántas veces ha usted necesitado o deseado recibir ideas y ayuda para apoyar al desarrollo de sus hijos o nietos?

- Nunca → **(Salte a la Pregunta 31)**
- La mitad del tiempo
- Casi siempre

**30** ¿Qué apoyo más le ayudaría?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Información en línea (por Internet)
- Línea directa de ayuda para apoyar el desarrollo de los hijos
- Clases de cómo ayudar el desarrollo de los hijos
- Grupos locales (en el mismo barrio) sobre el desarrollo de los hijos

### PARTE 3 Su salud y estilo de vida

**31** En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**32** ¿**Alguna vez** le ha dicho un médico u otro profesional de atención médica que **usted** tiene una de estas afecciones?

	Sí	No
Diabetes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta presión .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto colesterol .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demencia o problemas de memoria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrepeso u obesidad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión y ansiedad .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno por estrés postraumático (PTSD).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problema de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro padecimiento médico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Díganos cuál: _____		

**33** En las **últimas dos semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido estos problemas?

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o gusto en hacer cosas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente sin energía, deprimido o sin esperanzas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente nervioso, ansioso o a la defensiva .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No puede dejar de preocuparse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34** ¿Le es difícil hacer lo siguiente?

	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	No puedo hacerlo
Ver, incluso con lentes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oír, incluso con aparatos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar o subir escaleras .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recordar algo o concentrarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidarse a sí mismo, como bañarse o vestirse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicarse, entender o ser entendido .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**35** La mayoría de los días, ¿cuántas porciones de fruta come usted? *Una porción es más o menos una taza de fruta cortada. No incluya los jugos de fruta.*

↳ \_\_\_\_\_ porciones al día

**36** La mayoría de los días, ¿cuántas porciones de verduras come? *Una porción es más o menos una taza de verduras, como ejotes, ensalada o papas. No incluya verduras fritas, por ejemplo, papas fritas.*

↳ \_\_\_\_\_ porciones al día

**37** ¿Cuáles de los siguientes productos ha usado en los **últimos 12 meses**?

Marque todas las casillas que apliquen.

- Tabaco para fumar (cigarrillos, habanos, etc.)
- Tabaco para mascar
- Sistemas electrónicos de fumar (vapeador, juul, etc.)
- Productos de marihuana (que se fuma, vaporizada o que se come)

**38** ¿Hoy en día fuma cigarrillos o cigarrillos electrónicos?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca → **(Salte a la Pregunta 40)**

**39** ¿Quiere usted dejar de usar tabaco o sistemas electrónicos de fumar?

- Sí
- No

**40** ¿Con qué frecuencia tomó una bebida con alcohol en los **últimos 12 meses**? *Las bebidas con alcohol incluyen cerveza, vino y licores fuertes.*

- Nunca → **(Salte a la Pregunta 43)**
- Una vez al mes o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

**41** ¿Cuántos **días a la semana** bebe alcohol hoy en día?

- 0 a 1
- 2 a 3
- 4 a 5
- 6 a 7

**42** En los días en los que bebe alcohol, ¿por lo general, cuántas bebidas toma **al día**? *Una bebida es una cerveza, una copa de vino o una medida de licor fuerte.*

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

**43** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien que **viva en su casa** ha usado alguno de los siguientes productos? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- Opioides de manera distinta a las instrucciones de la receta (oxicodona, heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)
- Estimulantes del tipo anfetaminas (metanfetaminas, anfetam, meta, tiza, éxtasis, pastillas para adelgazar, etc.)
- Otra droga ilegal

## PARTE 4 Su situación económica

**44** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actual situación de vivienda?

*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Tengo vivienda propia y **no estoy** preocupado por perderla
- Tengo vivienda propia, pero **estoy** preocupado por perderla
- Me quedo en un hotel
- Vivo con amigos o familiares
- Me quedo en un albergue, en un auto o en la calle
- Otra: \_\_\_\_\_

**45** ¿Cuánto paga cada mes por su vivienda?

- No pago nada por la vivienda
- Menos de \$750
- Entre \$750 y \$1,500
- Más de \$1,500

**46** En los **últimos 12 meses**, ¿se ha **preocupado** usted que se acabe la comida antes de tener dinero para comprar más?

- Con frecuencia
- A veces
- Nunca

**47** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien en su casa **no tuvo** alguno de los siguientes productos o servicios porque no tenía el dinero para pagarlo?

	Sí	No
Alimentos o comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gas, electricidad, teléfono, etc. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ropa .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivienda .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardería o alguien que cuidara a sus hijos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades sociales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicio o deportes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**48** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguien en su casa **no tuvo** alguno de estos porque no había transporte o la distancia era muy lejos?

	Sí	No
Alimentos o comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención médica.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guardería o alguien que cuidara a los hijos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades sociales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicio o deportes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PARTE 5 Su comunidad y experiencias

**49** Díganos sobre la comunidad en la que vive ahora

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Nada de acuerdo
Las personas en mi comunidad están dispuestas a ayudarse unas a otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se puede confiar en las personas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se puede contar con adultos pendientes de que los niños estén a salvo y no se metan en problemas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento seguro aquí.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**50** ¿Ayuda usted a un **adulto** con sus necesidades de vida diaria o atención médica que él o ella no podría satisfacer sin la ayuda de usted? *Ese adulto podría ser un familiar, un ser querido o un amigo. Ayudar con las necesidades incluye administrar medicinas, cambiar vendajes y programar citas médicas.*

- Sí
- No → (Salte a la Pregunta 53)

**51** ¿Con qué frecuencia siente que tiene el apoyo necesario para ayudarlo a enfrentar las dificultades de cuidar a ese adulto?

- Todo el tiempo → (Salte a la Pregunta 53)
- Parte del tiempo
- Nunca

**52** ¿Qué apoyos necesita usted?

- Un descanso – atención temporal para ese adulto y poder yo descansar un poco
- Grupos de apoyo para mí mismo
- Instrucciones sobre cómo hacer ciertos deberes
- Instituciones que cuiden a ese adulto de día, para que yo pueda trabajar
- Otro: \_\_\_\_\_

**53** ¿Con qué frecuencia cree que tendría a alguien disponible para cada uno de estos?

	Nunca	Parte del tiempo	Casi siempre	Siempre
--	-------	------------------	--------------	---------

Darle amor y hacerlo sentirse querido? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darle buenos consejos sobre un problema o crisis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reunirse con usted para descansar? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablar en confianza sobre sus problemas propios? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudarle si usted tuviera que estar en cama? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54** ¿Hasta qué punto ha tenido épocas difíciles o eventos traumáticos en su vida?

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
--	-------	---------------	--------------

Enfermedad o lesión que me haya cambiado la vida .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descuido o abandono de cualquier tipo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He vivido con alguien que tenía una enfermedad mental .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He vivido con alguien con problemas de alcoholismo y, o adicción a drogas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He padecido o presenciado violencia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me obligaron a hacer una actividad sexual que yo no quería.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me amenazó o lastimó físicamente mi pareja íntima.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maltrato de cualquier tipo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis padres se separaron cuando yo era niño (menor de 18 años) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un amigo o familiar cercano intentó suicidarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muerte inesperada de un ser querido.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro evento traumático .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**55** ¿Hasta qué punto siente que las épocas difíciles o eventos traumáticos que ha tenido todavía le afectan ahora?

- Nada
- Algo
- Mucho

**56** ¿Hasta qué punto **sufrió usted** un trato injusto de otras personas debido a su raza, grupo étnico, género, u orientación sexual?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**57** ¿Hasta qué punto **presenció usted** que trataran a otras personas de forma injusta debido a su raza, grupo étnico, género, u orientación sexual?

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**58** ¿Sabe usted de, al menos, un recurso local a donde podría referir a alguien que esté en riesgo de suicidarse?

- Sí
- No

## PARTE 6 Usted y su familia

**59** ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- Género no binario
- Género no convencional
- Prefiero no contestar
- Otro: \_\_\_\_\_

**60** ¿En qué año nació usted? \_\_\_\_\_

**61** ¿Es hispano, latino, latina o latinx?

- Sí
- No

**62** ¿A qué raza o razas considera usted que pertenece?  
*Marque todas las casillas que apliquen.*

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática o asiática-americana
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Indígena de Alaska o de una tribu en Estados Unidos
- Otra: \_\_\_\_\_
- No sé o no estoy seguro
- Prefiero no contestar

**63** ¿Cuál es el idioma que habla mejor?

- Español
- Inglés
- Vietnamita
- Ruso
- Mandarín o cantonés
- Otro: \_\_\_\_\_

**64** ¿Qué idioma puede leer y escribir mejor?

- Español
- Inglés
- Vietnamita
- Ruso
- Mandarín o cantonés
- Otro: \_\_\_\_\_

**65** ¿Cuántas horas a la semana, en promedio, trabaja en su empleo o empleos actuales?

- Hoy en día no estoy trabajando
- Menos de 20 horas a la semana
- 20 a 39 horas a la semana
- 40 a 59 horas a la semana
- 60 o más horas a la semana

**66** En los **últimos 12 meses**, ¿usted o una persona **que viva con usted** ha trabajado en agricultura como su empleo principal? *Esto puede incluir trabajo en la huerta, el empaque, las canerías, los viveros, las lecherías, etc.*

- Sí
- No → (Salte a la Pregunta 69)

**67** ¿Usted o una persona que viva con usted trabaja en su empleo todo el año o por temporada?

- Todo el año
- Por temporada
- No sé

**68** ¿Usted o una persona que viva con usted...  
*Marque solo una casilla.*

- ... se mudó en los últimos 12 meses a otra área para trabajar en agricultura?
- ... se quedó en esta área durante los últimos 12 meses para trabajar en agricultura?
- La pregunta no se aplica a mí

**69** ¿Entre todos de su hogar, cuál fue su ingreso bruto para el 2018? *Marque el que más se aproxime. El ingreso bruto es el sueldo antes de sacar los impuestos y deducciones.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> \$0                 | <input type="radio"/> \$50,001 a \$60,000  |
| <input type="radio"/> \$1 a \$10,000      | <input type="radio"/> \$60,001 a \$70,000  |
| <input type="radio"/> \$10,001 a \$20,000 | <input type="radio"/> \$70,001 a \$80,000  |
| <input type="radio"/> \$20,001 a \$30,000 | <input type="radio"/> \$80,001 a \$90,000  |
| <input type="radio"/> \$30,001 a \$40,000 | <input type="radio"/> \$90,001 a \$100,000 |
| <input type="radio"/> \$40,001 a \$50,000 | <input type="radio"/> Más de \$100,000     |

**70** En total, ¿cuántas personas viven en su hogar hoy en día? *Cuente a los adultos y a los niños menores de 18 años.*

↳ Yo, y \_\_\_\_\_ adultos más,  
\_\_\_\_\_ niños de 0 a 5 años  
\_\_\_\_\_ niños de 6 a 17 años

**71** ¿Cuáles adultos viven en su hogar hoy en día? *Marque todas las casillas que apliquen.*

- Solo yo
- Mi cónyuge o pareja
- Mis padres o los padres de mi pareja
- Hijos adultos
- Otro(s): \_\_\_\_\_

**72** ¿Dónde vive la mayor parte del tiempo? *Escriba la letra en el mapa que esté más cerca de donde usted vive \_\_\_\_\_*