



2022 Union County Community Health Assessment Survey Teens (13-17)

Over the next six months, Union County Human Services, in collaboration with Novant Health and Atrium Health, will work together to develop the 2022 Community Health Assessment (CHA). The goal of CHA is to identify factors that affect the health of the population and determine the availability of resources within the county to address these factors. We need your input to help us identify health issues and concerns facing Union County teens today, so we can help address them. Your voice and opinion matter to us.

Please take about 10-15 minutes to complete anonymous survey. Your answers will not be connected to you in any way.

Thank you for the gift of your time and for sharing your experiences and points of view.

Q1. What is YOUR Zip Code?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 28079 | <input type="checkbox"/> 28111 |
| <input type="checkbox"/> 28103 | <input type="checkbox"/> 28112 |
| <input type="checkbox"/> 28104 | <input type="checkbox"/> 28113 |
| <input type="checkbox"/> 28105 | <input type="checkbox"/> 28173 |
| <input type="checkbox"/> 28108 | <input type="checkbox"/> 28174 |
| <input type="checkbox"/> 28110 | <input type="checkbox"/> 28227 (Mint Hill) |

Q2. In which Union County Town or Municipality do you reside?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altan | <input type="checkbox"/> Monroe |
| <input type="checkbox"/> Fairview | <input type="checkbox"/> New Salem |
| <input type="checkbox"/> Goose Creek | <input type="checkbox"/> Stallings |
| <input type="checkbox"/> Hemby Bridge | <input type="checkbox"/> Unionville |
| <input type="checkbox"/> Indian Trail | <input type="checkbox"/> Waxhaw |
| <input type="checkbox"/> Lake Park | <input type="checkbox"/> Weddington |
| <input type="checkbox"/> Marshville | <input type="checkbox"/> Wesley Chapel |
| <input type="checkbox"/> Marvin | <input type="checkbox"/> Wingate |
| <input type="checkbox"/> Matthews | <input type="checkbox"/> Unincorporated Union County |
| <input type="checkbox"/> Mineral Springs | <input type="checkbox"/> Out of County |

Q3. What is YOUR Age?

- 10-12
- 12-14
- 15-17



Q4. What is YOUR Gender?

- Male
- Female
- Transgender
- Prefer not to answer
- Other (Please specify)

Q5. Using the categories below, what do you consider yourself?

- American Indian / Alaska Native
- Arab American / Middle Eastern
- Asian (Asian Indian, Chinese, Filipino, Japanese, Korean, Vietnamese, or other Asian)
- Black / African American
- Eastern European / Russian /Post Soviet States
- Hispanic / Latino (including Mexican, Mexican American, Chicano, Puerto Rican, Cuban, other Spanish)
- Native Hawaiian / Pacific Islander
- White / Caucasian/ European American
- Other (please specify) _____

Q6. What type of health insurance do YOU have?

- Government Insurance (Affordable Healthcare Act)
- Medicaid
- No Insurance
- Private Insurance
- Do Not Know

Q7. Listed below are behaviors that keep people from being healthy. Please check the three that you feel keep teens in Union County from being healthy.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bullying | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Domestic Violence | <input type="checkbox"/> Tobacco Use |
| <input type="checkbox"/> Excessive or Binge Drinking | <input type="checkbox"/> Unsafe Living Conditions |
| <input type="checkbox"/> Instability at Home | <input type="checkbox"/> Unsafe Sex / Unprotected Sex |
| <input type="checkbox"/> Lack of Exercise | <input type="checkbox"/> Youth Violence |
| <input type="checkbox"/> Not Getting Doctor Check Ups | <input type="checkbox"/> Other behaviors (please specify) |
| <input type="checkbox"/> Poor Eating Habits | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prescription or Illicit Drug Use | |



Q8. Listed below are mental health concerns. Please check three that MOST concern you about people in Union County.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol Addiction | <input type="checkbox"/> Opioid or Drug Addiction |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> PTSD |
| <input type="checkbox"/> Attention Deficit Disorder / Attention Deficit Hyperactivity Disorder | <input type="checkbox"/> Schizophrenia |
| <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Sleep Issues |
| <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder | <input type="checkbox"/> Suicide |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Other Mental Health concern (please specify) |
| <input type="checkbox"/> Intellectual Developmental Disability | _____ |
| <input type="checkbox"/> Obsessive Compulsive Disorder | |

Q9. Overall, how would you rate YOUR physical health?

- Very Poor Health
- Poor Health
- Neither Poor nor Good Health
- Good Health
- Excellent Health

Q10. Overall, how would you rate YOUR mental health?

- Very Poor Mental Health
- Poor Mental Health
- Neither Poor nor Good Mental Health
- Good Mental Health
- Excellent Mental Health

Q11. Listed below are health concerns. Please check three that MOST concern you regarding YOUR health.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Obesity / Overweight |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Sports Injuries |
| <input type="checkbox"/> Dental Health | <input type="checkbox"/> STDs |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Substance Abuse/Overdose |
| <input type="checkbox"/> Eating Disorders | <input type="checkbox"/> Unplanned Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Excessive or Binge Drinking | <input type="checkbox"/> Vision Issues |
| <input type="checkbox"/> Hearing Issues | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | |



Q12. Please check if YOU do the following:

- Excessive or Binge Drinking
- Opioid Use
- Smoke Marijuana
- Smoke Tobacco
- Use smokeless tobacco (chew/dip/snuff)
- Take Recreational Drugs
- Vape / Juul / Smoke e-cigarettes
- Other (please specify)

Q13. If you checked any of the above, do you believe this impacts YOUR health?

- Yes
- No

Q14. Listed below are safety concerns that can impact YOUR health. Please check three that MOST concern YOU.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bullying | <input type="checkbox"/> School Violence |
| <input type="checkbox"/> Domestic Violence (Violence at home) | <input type="checkbox"/> Self-Injury / Cutting |
| <input type="checkbox"/> Drowning | <input type="checkbox"/> Sexual Assault / Rape / Date Violence |
| <input type="checkbox"/> Drug Abuse / Overdosing | <input type="checkbox"/> Suicide |
| <input type="checkbox"/> Excessive or Binge Drinking | <input type="checkbox"/> Other safety concerns (please list) |
| <input type="checkbox"/> Gang Violence / Intimidation | _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet Safety | |

Q15. If you have any safety concerns, who would you most likely report them to:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clergy (Pastor, Minister, Reverend) | <input type="checkbox"/> Teacher |
| <input type="checkbox"/> Counselor | <input type="checkbox"/> I would not report these concerns |
| <input type="checkbox"/> Friend | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Parent | |

Q16. Listed below are safety hazards related to driving. Please check ALL that apply to YOU.

- Driving under the influence (drugs or alcohol)
- Reckless Driving / Speeding
- Texting / Snap Chatting / Use of Apps while I drive
- Talking on cell phone while I drive
- None

Q17. Approximately how much time do YOU spend daily on social media? (i.e. Instagram, Twitter, Snap Chatting, Texting)

- None
- 1 hour or less
- 2 hours
- 3 hours
- 4 hours or more



Q18. How much screen time do YOU spend daily (non-school related)? (TV, video games, computer, cell phone)

- None
- 1 hour or less
- 2 hours
- 3 hours
- 4 hours or more

Q19. How do you view YOUR weight?

- Normal
- Underweight
- Overweight
- Obese

Q20. Do you feel YOUR current weight is impacting YOUR health status?

- Yes
- No

Q21. How many days a week do YOU normally get 30 minutes of exercise?

- None
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 or more

Q22. Outside of exercising at school, are YOU physically active?

- Yes
- No

Q23. Are there enough opportunities for physical activity near YOUR home?

- Yes
- No

Q24. How many servings of fruits and vegetables do YOU normally eat per day?

- None
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 or more

Q25. Do you buy YOUR lunch at school?

- Yes
- No



Q26. If yes, what do YOU eat most often?

- Al La Carte Menu (French fries, pizza, chicken sandwich, etc.)
- School Lunch (meal of the day)
- Snack Food (ice cream, cookies, chips)

Q27. Is this your ONLY meal of the day?

- Yes
- No

Q28. If you do not buy your lunch, why do you not buy lunch?

- Bring my lunch from home
- Do not eat lunch
- Do not like food choices
- No money
- Other reason (please specify) _____

Q29. Where do the majority of YOUR meals outside of school come from?

- Dine-in/Take Out Restaurant (excluding fast food)
- Fast Food Restaurant
- Frozen Food / Microwave Meals
- Home prepared / cooked meals
- Prepared Foods from Grocery Store Deli (Rotisserie chicken, sub sandwich, etc.)
- Other (please specify) _____

Q30. After school gets out each day, or during the summer how do you spend YOUR time? Check ALL that apply:

- Doing homework
- Hanging out with friends
- Hobbies
- Home alone, or with siblings
- Partying (drinking / recreational drugs)
- Playing sports (on a school or league team)
- Playing sports (recreation - just for fun)
- Video games
- Working (job)

Q31. Where do you go MOST OFTEN when you are sick and need medical care? Choose ONLY one.

- Atrium Health Care Union Emergency Room (formerly CMC)
- Doctor's office in Union County
- Doctor's office outside Union County
- Emergency Department outside Union County
- Minute Clinic in Union County
- Urgent Care Facility in Union County
- Do not see a doctor- use naturopathic remedies
- Other (please specify) _____

Q32. Do you have a medical doctor you see on a regular basis?

- Yes
- No



Q33. Was there a time that you needed to see a doctor during the last 12 months but did not?

- Yes
- No

Q34. If yes, what was the main reason(s) that you did not see a doctor? (Check ALL that apply)

- I did not have the money to go
 - I did not know who to call or where to go
 - I do not trust doctors
 - I have no insurance
 - I have no transportation
 - I was afraid / I don't like to go to the doctor
 - Language Barrier
 - Office was not open when I could get there
 - Other reason (please specify)
-

Q35. Do YOU see a dentist on a regular basis?

- Yes
- No

Q36. Was there a time during the last 12 months when YOU needed to see a dentist but did not?

- Yes
- No

Q37. If yes, what was the main reason(s) that you did not see a dentist?

- I did not have the money to go
 - I did not know who to call or where to go
 - I do not trust dentists
 - I have no insurance
 - I have no transportation
 - I was afraid / I don't like to go to the dentist
 - Language Barrier
 - My insurance does not pay for the dentist
 - Office was not open when I could get there
 - Other reason (please specify)
-

Q38. Have you ever felt that you needed mental health services and did not get them?

- Yes
- No

Q39. If yes, what was the main reason(s) that YOU did not go for mental health services? (Check ALL that apply)

- I did not have the money to go
 - I did not know who to call or where to go
 - I do not trust doctors I have no insurance
 - I have no transportation
 - I was afraid / I don't like to go to the doctor
 - I was embarrassed
 - Language Barrier
 - My Insurance does not pay for mental health services
 - Office was not open when I could get there
 - Other reason (please specify)
-



Q40. Have you needed a prescription medication (pills, insulin, etc.) and did not get it?

- Yes
- No

Q41. If yes, what was the main reason that you did not get your medicine?

- I did not have the money
- I do not use medication (prefer alternative medicines/naturopathic)
- I have no insurance
- I have to pay other bills (food, gas, utilities)
- I have no transportation to the pharmacy
- My Insurance would not cover the medication
- Other reason (please specify) _____

Q42. Check ALL preventative health services you had during the past 12 months:

- Eye Exam (vision)
- Hearing Check
- Immunizations (flu shot, Tdap, etc.)
- Physical Exam
- None - Haven't been to the doctor in the last 12 months for preventative health services.
- Other (please specify) _____

Q43. If you did not receive any preventative services, please indicate why. (Check ALL that apply.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I do not feel prevention services are necessary | <input type="checkbox"/> I only see a doctor for an urgent medical problem |
| <input type="checkbox"/> I do not have a medical doctor | <input type="checkbox"/> I use alternative medicine (naturopathic, holistic, etc.) |
| <input type="checkbox"/> I have no money | <input type="checkbox"/> Other reason (please specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | |
| <input type="checkbox"/> I have no time to go to the doctor | |

Q44. How do you normally get to your healthcare appointments?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bicycle | <input type="checkbox"/> Union County Public Transportation |
| <input type="checkbox"/> Drive myself - Personal car | <input type="checkbox"/> Walk |
| <input type="checkbox"/> Family Member / Friend | <input type="checkbox"/> Do not have transportation, so don't go to healthcare providers |
| <input type="checkbox"/> Taxi / Uber / LYFT | |

Q45. Do you have any other concerns about the health of teens in Union County?

Thank you for completing the survey.



2022 Encuesta de Evaluación para Adolescentes de la Salud Comunitaria en el Condado Union (13-17)

En los próximos 6 meses, el Departamento de Servicios Humanos del Condado Union en colaboración con Novant Health y Atrium Health, trabajaremos juntos para desarrollar la Evaluación de la Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés) 2022. El objetivo de la CHA es identificar los factores que afectan la salud de la población y determinar la disponibilidad de recursos dentro del Condado para abordar estos factores. Necesitamos su opinión para que nos ayude a identificar los problemas de salud y las preocupaciones que enfrentan los adultos del Condado Union actualmente, para que podamos ayudar a abordarlos. Su voz y su opinión es importante para nosotros.

Por favor tome 10-15 minutos para completar la encuesta anónima. Sus respuestas no estarán conectadas con usted de ninguna manera.

Gracias por su tiempo y por compartir sus experiencias y puntos de vista.

P1. ¿Cuál es SU código postal?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 28079 | <input type="checkbox"/> 28111 |
| <input type="checkbox"/> 28103 | <input type="checkbox"/> 28112 |
| <input type="checkbox"/> 28104 | <input type="checkbox"/> 28113 |
| <input type="checkbox"/> 28105 | <input type="checkbox"/> 28173 |
| <input type="checkbox"/> 28108 | <input type="checkbox"/> 28174 |
| <input type="checkbox"/> 28110 | <input type="checkbox"/> 28227 (Mint Hill) |

P2. ¿En qué ciudad o Municipalidad del Condado Union vive usted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altan | <input type="checkbox"/> Monroe |
| <input type="checkbox"/> Fairview | <input type="checkbox"/> New Salem |
| <input type="checkbox"/> Goose Creek | <input type="checkbox"/> Stallings |
| <input type="checkbox"/> Hemby Bridge | <input type="checkbox"/> Unionville |
| <input type="checkbox"/> Indian Trail | <input type="checkbox"/> Waxhaw |
| <input type="checkbox"/> Lake Park | <input type="checkbox"/> Weddington |
| <input type="checkbox"/> Marshville | <input type="checkbox"/> Wesley Chapel |
| <input type="checkbox"/> Marvin | <input type="checkbox"/> Wingate |
| <input type="checkbox"/> Matthews | <input type="checkbox"/> Unincorporated Union County |
| <input type="checkbox"/> Mineral Springs | <input type="checkbox"/> Out of County |

P3. ¿Cuál es SU Edad?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10-12 | <input type="checkbox"/> 15-17 |
| <input type="checkbox"/> 12-14 | |



P4. ¿Cuál es SU género?

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no responder
- Transgénero
- Otro (Por favor, especifique) _____

P5. Usando las siguientes categorías, ¿cuál consideras que es la suya?

- Árabe Americano / Medio Este
- Asiático (Indio Asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, u otra clase Asiática)
- Blanco/ Caucásico / Europeo Americano
- Europa del Este// Ruso / Estados Postsoviéticos
- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Hispano / Latino (incluyendo Mexicano, Mexicano Americano, Chicano, Puertorriqueño, Cubano, u otro origen Español)
- Negro/ Africano Americano
- Nativo del Hawái / Isleño del Pacífico
- Otro (por favor especifique) _____

P6. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?

- Medicaid
- Seguro del Gobierno (La ley de reforma de salud integral)
- Seguro Privado
- Sin seguro
- No sé

P7. A continuación se enumeran los comportamientos que impiden que las personas permanezcan saludables. Marque los tres factores que usted cree que impiden que los adolescentes en el Condado Union sean saludables,

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Condiciones de vida inseguras | <input type="checkbox"/> Sexo Inseguro / sexo sin protección |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco | <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas o recetadas Falta de ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Violencia Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios deficientes | <input type="checkbox"/> Otros comportamientos (por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Inestabilidad en el hogar | |
| <input type="checkbox"/> Intimidación | |
| <input type="checkbox"/> No realizar controles médicos | |



P8. A continuación se enumeran los problemas de salud mental. Marque los tres que MÁS le preocupan sobre la gente del Condado Union

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de Atención / Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Adicción a opioides o drogas | <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otro problema de salud mental (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo Intelectual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del sueño | |
| <input type="checkbox"/> Suicidio | |

P9. En general, ¿cómo calificaría SU salud Física?

- Muy mala salud
- Mala Salud
- Ni mala ni buena Salud
- Buena salud
- Excelente Salud

P10. En general, ¿cómo calificaría SU salud mental?

- Muy pobre Salud Mental
- Pobre Salud Mental
- Ni Pobre ni Buena Salud Mental
- Buena Salud Mental
- Excelente Salud Mental

P11. A continuación se enumeran problemas de salud. Marque los tres que MÁS le preocupan con respecto a SU salud.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias / Sobredosis | <input type="checkbox"/> Lesiones Deportivas |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Obesidad/ Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de Alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Alimentación |
| <input type="checkbox"/> Embarazo no Planificado | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> ETS /Enfermedades Trasmittidas Sexualmente | _____ |

P12. Por favor marque si USTED hace lo siguiente:

- Consumir Drogas Recreativas
- Consumo Excesivo o compulsivo de Alcohol
- Fumar Marijuana
- Fumar Tabaco
- Uso de Opioides
- Uso de tabaco sin humo (mascar/mojar/aspirar)
- Vapear / Juul / Fumar cigarrillos electrónicos
- Otros (por favor especifique) _____



P13. ¿Si usted marcó alguno de las respuestas anteriores, usted cree que esto impacta SU salud?

- Si
- No

P14. A continuación hay una lista de preocupaciones de seguridad que pueden impactar SU salud. Por favor marque las tres que **MÁS** le preocupan a USTED.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ahogamiento | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas / Sobredosis | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica (Violencia en casa) |
| <input type="checkbox"/> Asalto Sexual / Violación / Violencia en Citas | <input type="checkbox"/> Violencia Escolar |
| <input type="checkbox"/> Autolesión /cortarse | <input type="checkbox"/> Violencia de Pandillas / Intimidación |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo o compulsivo de Alcohol | <input type="checkbox"/> Otra preocupación de Seguridad, por favor descríbala |
| <input type="checkbox"/> Intimidación | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguridad en el Internet | |

P15. ¿Si usted tiene alguna preocupación por su seguridad, a quién probablemente le informaría usted?

- Amigo
- Consejero
- Padres
- Profesor
- Sacerdote (Pastor, Ministro, Reverendo)
- Yo no reportaría estas preocupaciones
- Otros (por favor especifique) _____

P16. A continuación se enumeran los peligros de seguridad relacionados al conducir. Marque **TODOS** los que se aplican a USTED.

- Conducir bajo la influencia (drogas o alcohol)
- Conducir imprudentemente /conducir a exceso de velocidad
- Hablar por teléfono celular mientras conduzco
- Mensajes de Texto /Chats instantáneos / Uso de aplicaciones mientras conduzco
- Ninguno

P17. ¿Aproximadamente cuánto tiempo pasa USTED diariamente viendo redes sociales? (ej: Instagram, Twitter, Snap, Chatear, Mensajes de Texto)

- Nada
- 1 hora o menos
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o más

P18. ¿Cuánto tiempo pasa frente a la pantalla diariamente? (no relacionado con la escuela) (TV, juegos de video, computador, teléfono celular)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> 3 horas |
| <input type="checkbox"/> 1 hora o menos | <input type="checkbox"/> 4 horas o más |
| <input type="checkbox"/> 2 horas | |



P19. ¿Cómo ve SU peso?

- Normal
- Bajo de peso
- Exceso de peso
- Obeso

P20. ¿Usted piensa que SU peso actual está afectando su estado de salud?

- Si
- No

P21. ¿Cuántos días a la semana normalmente USTED hace ejercicio por 30 minutos?

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

P22. ¿Fuera de la escuela, es USTED activo físicamente?

- Si
- No

P23. ¿Hay suficientes oportunidades para actividades físicas cerca de SU casa?

- Si
- No

P24. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come USTED normalmente por día?

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

P25. ¿Compra USTED su almuerzo en la escuela?

- Si
- No

P26. Si la respuesta es sí, ¿qué es lo que USTED come más frecuentemente?

- Almuerzo Escolar (comida del día)
- Menú a la Carta (papas fritas, pizza, emparedado de pollo, etc.)
- Merienda (helado, galletas, comida chatarra)

P27. ¿Es ésta su ÚNICA comida en el día?

- Si
- No



P28. ¿Si usted no compra su almuerzo, por qué no compra almuerzo?

- No tengo dinero
- No me gusta la selección de comidas
- No como al almuerzo
- Traigo mi almuerzo de casa
- Otras razones (por favor especifique) _____

P29. ¿De dónde provienen la mayoría de SUS comidas fuera de la escuela?

- Cenar dentro / llevar comida de Restaurante (excluir comida rápida)
- Comida congelada/comida cocinada en el microondas
- Comida preparada del supermercado en la sección de comidas (pollo asado, sándwich, etc.) que
- Comida preparada en casa / comida cocinada
- Comida Rápida de Restaurante
- Otro (por favor especifique) _____

P30. ¿Después de que termina la escuela cada día, o durante el verano, cómo gasta SU tiempo?
Marque todas las actividades que correspondan

- Fiestas (tomando/ drogas recreativas)
- Haciendo tareas
- Juegos de video
- Jugando deportes (en la escuela o como parte de un equipo)
- Jugando deportes (recreación- sólo por diversión)
- Pasatiempos
- Saliendo con mis amigos
- Sólo en casa, o con mis hermanos
- Trabajando (trabajo)

P31. A dónde va usted LA MAYORÍA de las veces cuando está enfermo y necesita cuidado médico?
Escoja SOLO una.

- Centro de Atención Urgente en el Condado Union
- Departamento de Emergencia fuera del Condado Union
- Oficina de Doctor en el Condado Union
- Oficina de Doctor fuera del Condado Union
- Minute Clinic en el Condado Union
- No veo a un Doctor - uso remedios naturistas
- Sala de Emergencia Atrium Health Care Union (antes CMC)
- Otro _____

P32. ¿Tiene usted un doctor médico que usted visita de forma regular?

- Sí
- No



P33. ¿Hubo algún momento en el que necesitó ver a un doctor durante los últimos 12 meses, pero no lo hizo?

- Sí
- No

P34. Si marcó sí, ¿cuál fue la razón(es) principal por la que no consultó un doctor? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No tengo seguro médico |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando yo hubiera podido ir | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No confío en los doctores | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir donde el doctor |
| <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar o a dónde ir | <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> No tenía el dinero para ir | _____ |

P35. ¿Ve USTED a un dentista con regularidad?

- Sí
- No

P36. ¿Hubo algún momento en el que USTED necesitó ver a un dentista durante los últimos 12 meses, pero no lo hizo?

- Sí
- No

P37. En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón(es) principal por la que no consultó al dentista?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando yo hubiera podido ir | <input type="checkbox"/> No tenía dinero para ir |
| <input type="checkbox"/> Mi seguro no paga dentista | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No confío en los dentistas | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al dentista |
| <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar o a dónde ir | <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifique) |
| | _____ |

P38. ¿Alguna vez sintió que necesitaba servicios de salud mental y no los recibió?

- Sí
- No

P39. En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón principal por la que USTED no recibió servicios de salud mental?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando yo hubiera podido ir | <input type="checkbox"/> No tenía dinero para ir |
| <input type="checkbox"/> Me sentí avergonzado | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> Mi seguro no paga servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al doctor, no sabía a quién llamar o a dónde ir |
| <input type="checkbox"/> No confío en los doctores | <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifique) |
| | _____ |



P40. ¿Ha necesitado algún medicamento recetado (píldoras, insulina, etc.) y nos las recibió?

- Sí
- No

P41. En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón principal por la que no recibió su medicamento?

- Mi seguro no cubría el medicamento
- No tengo seguro
- No tenía el dinero
- No tenía transporte a la farmacia
- No uso medicamentos (prefiero medicinas alternativas/remedios naturistas)
- Tuve que pagar otras cuentas (comida, gas, servicios públicos)
- Otros (por favor especifique) _____

P42. ¿Marque TODOS los servicios de salud preventiva que ha tenido en los 12 meses anteriores?

- Control de Audición
- Examen físico
- Examen de los ojos (visión)
- Inmunizaciones (vacuna de la gripe, Tdap, etc.)
- Nada-. No he ido donde el doctor en los 12 meses anteriores por motivos de salud preventiva.
- Otro (por favor especifique) _____

P43. Si no recibió ningún servicio preventivo, por favor indique el motivo. Marque TODO lo que aplique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No creo que los servicios de prevención sean necesarios | <input type="checkbox"/> Yo sólo consulto a un doctor por un problema médico urgente |
| <input type="checkbox"/> No tengo dinero | <input type="checkbox"/> Yo uso medicina alternativa (remedios naturistas, holística etc.) |
| <input type="checkbox"/> No tengo seguro | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> No tengo tiempo para ir al doctor | |
| <input type="checkbox"/> No tengo un doctor médico | |

P44. ¿Cómo llega normalmente a sus citas médicas?

- Bicicleta
- Camino
- Manejo yo mismo- automóvil personal
- Miembro de familia / Amigo
- No tengo transporte, así es que no voy donde los proveedores de salud
- Taxi / Uber / LYFT
- Transporte Público del Condado Union

P45. ¿Tiene alguna otra preocupación sobre la salud de los adolescentes en el Condado Union?

Gracias por completar la encuesta.



2022 Union County Community Health Assessment Survey Adults (18 and over)

Over the next six months, Union County Human Services, in collaboration with Novant Health and Atrium Health, will work together to develop the 2022 Community Health Assessment (CHA). The goal of CHA is to identify factors that affect the health of the population and determine the availability of resources within the County to address these factors. We need your input to help us identify health issues and concerns facing Union County adults today, so we can work together to address them. Your voice and opinion matter to us.

Please take about 10-15 minutes to complete anonymous survey. Your answers will not be connected to you in any way.

Thank you for the gift of your time and for sharing your experiences and points of view.

Q1. What is YOUR Zip Code?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 28079 | <input type="checkbox"/> 28111 |
| <input type="checkbox"/> 28103 | <input type="checkbox"/> 28112 |
| <input type="checkbox"/> 28104 | <input type="checkbox"/> 28113 |
| <input type="checkbox"/> 28105 | <input type="checkbox"/> 28173 |
| <input type="checkbox"/> 28108 | <input type="checkbox"/> 28174 |
| <input type="checkbox"/> 28110 | <input type="checkbox"/> 28227 (Mint Hill) |

Q2. In which Union County Town or Municipality do you reside?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altan | <input type="checkbox"/> Monroe |
| <input type="checkbox"/> Fairview | <input type="checkbox"/> New Salem |
| <input type="checkbox"/> Goose Creek | <input type="checkbox"/> Stallings |
| <input type="checkbox"/> Hemby Bridge | <input type="checkbox"/> Unionville |
| <input type="checkbox"/> Indian Trail | <input type="checkbox"/> Waxhaw |
| <input type="checkbox"/> Lake Park | <input type="checkbox"/> Weddington |
| <input type="checkbox"/> Marshville | <input type="checkbox"/> Wesley Chapel |
| <input type="checkbox"/> Marvin | <input type="checkbox"/> Wingate |
| <input type="checkbox"/> Matthews | <input type="checkbox"/> Unincorporated Union County |
| <input type="checkbox"/> Mineral Springs | <input type="checkbox"/> Out of County |

Q3. What is your Age?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-24 | <input type="checkbox"/> 60-64 |
| <input type="checkbox"/> 25-34 | <input type="checkbox"/> 65-74 |
| <input type="checkbox"/> 35-44 | <input type="checkbox"/> 74-84 |
| <input type="checkbox"/> 45-54 | <input type="checkbox"/> 85+ |
| <input type="checkbox"/> 55-59 | |



Q4. What is your Gender?

- Male
- Female
- Transgender
- Prefer not to answer
- Other (please specify) _____

Q5. Using the categories below, what do you consider yourself?

- American Indian / Alaska Native
- Arab American / Middle Eastern
- Asian (Asian Indian, Chinese, Filipino, Japanese, Korean, Vietnamese, or other Asian)
- Black/African American
- Eastern European /Russian / Post Soviet States
- Hispanic / Latino (including Mexican, Mexican American, Chicano, Puerto Rican, Cuban, other Spanish)
- Native Hawaiian /Pacific Islander
- White /Caucasian / European American
- Other (please specify) _____

Q6. What is your highest level of education?

- Less than 9th grade
- 9-12 grade, no diploma
- High School graduate (or GED/equivalent)
- Associate's Degree or Vocational Training
- Some college (no degree)
- Bachelor's degree
- Graduate or professional degree
- Other (please specify)

Q7. Are you a veteran or have you served in the military?

- Yes
- No

Q8. What type of health insurance do YOU have? (you can select more than one)

- Government Insurance (Affordable Healthcare Act)
- Medicaid
- Medicare
- Military / VA
- Private Insurance
- No Insurance

Q9. Do you live alone?

- Yes
- No



Q10. If no, you do not live alone, who do you live with?

- Spouse
- Family
- Friend
- Other (please specify)

Q11. What most closely describes your household income level?

- Less than \$10,000
- \$10,000 to \$14,999
- \$15,000 to \$24,999
- \$25,000 to \$34,999
- \$35,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$74,999
- \$75,000 to \$99,999
- \$100,000 to \$149,999
- \$150,000 - \$199,999
- \$200,000 or more
- Unknown

Q12. Listed below are factors that can cause poor health outcomes. Please check up to three most critical behaviors you feel keep people in Union County from being healthy.

- Caregiver Stress
- Domestic Violence
- Excessive/Binge Drinking
- Instability at Home
- Lack of Exercise
- Not Getting Doctor Check Ups
- Poor Eating Habits
- Prescription or Illicit Drug Use
- Reckless / Unsafe Driving
- Stress
- Tobacco Use
- Unsafe Sex / Unprotected Sex
- Unsafe Living Conditions
- Other behaviors (please specify)

Q13. Listed below are mental health concerns. Please check three that MOST concern you about people in Union County.

- Attention Deficit Disorder / Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- Alcohol Addiction
- Anxiety
- Autism
- Depression
- Bipolar Disorder
- Intellectual Developmental Disability
- Obsessive Compulsive Disorder
- Opioid or Drug Addiction
- PTSD
- Schizophrenia
- Sleep Issues
- Suicide
- Other Mental Health concern (please specify)



Q14. In your opinion, which THREE issues or services most affects the quality of life for residents in Union County?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dropping out of school | <input type="checkbox"/> Lack of literacy/Not be able to read |
| <input type="checkbox"/> Homelessness | <input type="checkbox"/> Lack of recreational facilities (parks, trails, community centers, pools, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Lack of recreational programs for youth |
| <input type="checkbox"/> Lack of affordable housing | <input type="checkbox"/> Lack of transportation |
| <input type="checkbox"/> Lack of care to elderly who cannot leave their homes | <input type="checkbox"/> Low income/poverty |
| <input type="checkbox"/> Lack of child care | <input type="checkbox"/> Pollution (of air, water, land) |
| <input type="checkbox"/> Lack of educational opportunities | <input type="checkbox"/> Poor housing conditions |
| <input type="checkbox"/> Lack of healthy food choices or affordable healthy food | <input type="checkbox"/> Unemployment |
| <input type="checkbox"/> Lack of job opportunities | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____ |

Q15. Overall, how would you rate YOUR physical health?

- Very Poor Health
- Poor Health
- Neither Poor nor Good Health
- Good Health
- Excellent Health

Q16. Overall, how would you rate YOUR mental health?

- Very Poor Mental Health
- Poor Mental Health
- Neither Poor nor Good Mental Health
- Good Mental Health
- Excellent Mental Health

Q17. Listed below are health concerns. Please check three that MOST concern you regarding YOUR health.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease/Dementia | <input type="checkbox"/> Influenza / Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> Caregiver Stress | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Dental health | <input type="checkbox"/> Respiratory Illness / COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Stroke / Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> Drug Abuse/Overdose | <input type="checkbox"/> Unplanned Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Excessive/binge drinking | <input type="checkbox"/> Vision issues |
| <input type="checkbox"/> Falling | <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Hearing issues | |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | |



Q18 Listed below are safety concerns that can impact your health. Please check all that concern you most about YOUR safety:

- Elder Abuse
- Falling
- Instability at Home
- Memory Problems / Confusion
- Neglect
- Not Enough Food
- Unsafe Living Conditions
- Unable to Manage / Understand Medications
- Other safety concerns (please specify) _____

Q19. If you were in an abusive situation / relationship, would you know who to call, or how to report it?

- Yes
- No

Q20. How do you view YOUR weight?

- Normal
- Underweight
- Overweight
- Obese

Q21. Do you feel your current weight is impacting YOUR health status?

- Yes
- No

Q22. How many days a week do you normally get 30 minutes of exercise for fitness?

- None
- One
- Two
- Three
- Four
- Five or more

Q23. Are there enough opportunities for physical activity near your home?

- Yes
- No

Q24. How many servings of fruits and vegetables do YOU normally eat per day?

- None
- One
- Two
- Three
- Four
- Five or more



Q25. Do you purchase locally grown fruits / vegetables at retail markets, farm stands or Farmers Markets?

- Yes
- No

Q26. Where do the majority of your meals come from?

- Dine-in/Take Out Restaurant (excluding fast food)
- Fast Food Restaurant
- Frozen Food / Microwave Meals
- Garden (home grown / home canned)
- Home prepared / cooked meals
- Meals on Wheels
- Prepared Foods from Grocery Store Deli (Rotisserie chicken, sub sandwich, etc.)
- Senior Nutrition Site
- Other (please specify) _____

Q27. Please check if YOU currently do any of the following:

- Excessive or Binge Drinking
- Smoke (cigarettes, cigars, pipe tobacco)
- Smoke Marijuana (recreationally)
- Use Opioids (non-prescribed)
- Use Recreational Drugs
- Use smokeless tobacco (Chew/Dip/Snuff)
- Vape/Juul/Smoke e-cigarettes

Q28. If you checked any of the above, do you feel this impacts YOUR health negatively?

- Yes
- No

Q29. Listed below are safety hazards related to driving. Please check ALL that apply to YOU.

- Driving under the influence (drugs or alcohol)
- Reckless Driving / Speeding
- Texting/Snap Chatting/Use of Apps while driving
- Talking on cell phone while I drive
- None

Q30. Approximately how much time do YOU spend daily on social media? (Facebook, Instant Messaging, Snap Chatting, Texting)

- None
- 1 hours or less
- 2 hours
- 3 hours
- 4 hours or more



Q31. How much screen time do YOU spend daily (non-work related, i.e. television, video games, computer, cell phone)

- None
- 1 hour or less
- 2 hours
- 3 hours
- 4 hours or more

Q32. Where do you go MOST OFTEN when you are sick and need medical care? Choose ONLY one.

- Atrium Health Care Union Emergency Room (formerly CMC)
- Doctor's office in Union County
- Doctor's office outside Union County
- Emergency Department outside Union County
- Minute Clinic in Union County
- Urgent Care Facility in Union County
- Do not see a doctor - Use Naturopathic Remedies
- Other (please specify) _____

Q33. Do you have a medical doctor you see on a regular basis?

- Yes
- No

Q34. Was there a time that you needed to see a doctor during the last 12 months but did not?

- Yes
- No

Q35. If yes, what was the main reason(s) you did not see a doctor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I did not have the money to go | <input type="checkbox"/> I was afraid / I don't like to go to the doctor |
| <input type="checkbox"/> I did not know who to call or where to go | <input type="checkbox"/> Language Barrier |
| <input type="checkbox"/> I do not trust doctors | <input type="checkbox"/> Office was not open when I could get there |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | <input type="checkbox"/> Other reason (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I have no transportation | _____ |

Q36. Do you have a specialist doctor you see on a regular basis?

- Yes
- No

Q37. Was there a time that you needed to see a specialist during the last 12 months but did not?

- Yes
- No



Q38. If yes, what was the main reason(s) you did not see your specialist?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I did not have the money to go | <input type="checkbox"/> Language Barrier |
| <input type="checkbox"/> I did not know who to call or where to go | <input type="checkbox"/> My insurance does not pay for specialists |
| <input type="checkbox"/> I do not trust doctors | <input type="checkbox"/> Office was not open when I could get there |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | <input type="checkbox"/> There is no specialist in Union County |
| <input type="checkbox"/> I have no transportation | <input type="checkbox"/> Other reason (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I was afraid / I don't like to go to the doctor | _____ |

Q39 Do you see a dentist on a regular basis?

- Yes
- No

Q40. Was there a time during the last 12 months when you needed to see a dentist but did not?

- Yes
- No

Q41. If yes, what was the main reason you did not see a dentist?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I did not have the money to go | <input type="checkbox"/> Language Barrier |
| <input type="checkbox"/> I did not know who to call or where to go | <input type="checkbox"/> My insurance does not pay for dental services |
| <input type="checkbox"/> I do not trust dentists | <input type="checkbox"/> Office was not open when I could get there |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | <input type="checkbox"/> Other reason (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I have no transportation | _____ |
| <input type="checkbox"/> I was afraid / I don't like to go to the dentist | |

Q42. Have you ever felt that you needed mental health services and did not get them?

- Yes
- No

Q43. If yes, why did you not go for mental health services? Check ALL that apply:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I did not have the money to go | <input type="checkbox"/> I was embarrassed |
| <input type="checkbox"/> I did not know who to call or where to go | <input type="checkbox"/> Language Barrier |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | <input type="checkbox"/> My insurance does not pay for mental health services |
| <input type="checkbox"/> I do not trust doctors | <input type="checkbox"/> Office was not open when I could get there |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | <input type="checkbox"/> Other reason (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I have no transportation | _____ |
| <input type="checkbox"/> I was afraid / I don't like to go to the doctor | |

Q44. Have you needed a prescription medication (includes pills, oxygen, etc.) and did not get it?

- Yes
- No



Q45. If yes, why were you unable to get your medicine?

- I did not have the money
- I do not use medications (prefer alternative medicines / naturopathic)
- I have no insurance
- I have no transportation to get to the pharmacy
- I have to pay other bills (food, gas, utilities)
- My insurance would not cover the medication
- Other reason (please specify) _____

Q46. Does anyone help you take or manage your medications?

- Yes
- No
- NA

Q47. Do you keep an emergency supply of your medications?

- Yes
- No
- NA

Q48. Have you changed the way you take your prescription medications without talking to a doctor?

- Yes
- No
- NA

Q49. If Yes, check all the reasons you changed the way you take your medicine:

- To save money
- I cut daily dosage to make prescription last longer
- I did not like the way the medicine made me feel
- I did not think the medicine was working
- I did not understand how to take the medicine
- I shared the prescription with someone else
- I took medicine every other day to make prescription last longer
- Other reason (please specify) _____

Q50. Do you receive any home health services in your home?

- Yes
- No
- NA

Q51. Do you receive any non-medical in-home assistance?

- Yes
- No
- NA



Q52. Check ALL preventative health services you had during the past 12 months:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Glucose (Diabetes screening) | <input type="checkbox"/> Pap Smear |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Check | <input type="checkbox"/> Physical Exam |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopy | <input type="checkbox"/> Prostate Exam |
| <input type="checkbox"/> Eye Exam (vision) | <input type="checkbox"/> None- Have not seen a doctor in the last 12 months for preventative health |
| <input type="checkbox"/> Hearing Check | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> Hypertension (Blood Pressure check) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mammogram | |

Q53. If you did not receive any preventative services, please indicate why. Check ALL that apply.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I do not feel prevention services are necessary | <input type="checkbox"/> I use alternative medicine (naturopathic, holistic, etc.) |
| <input type="checkbox"/> I do not have a medical doctor | <input type="checkbox"/> No insurance coverage for prevention services |
| <input type="checkbox"/> I have no money | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I have no insurance | _____ |
| <input type="checkbox"/> I have no time to go to a doctor | |
| <input type="checkbox"/> I only see a doctor for an urgent medical problem | |

Q54. Did you receive a flu vaccine within the past year?

- Yes
- No

Q55. If you did not receive a flu vaccine, please indicate why. Check ALL that apply.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concerned that I would get the flu from the vaccine | <input type="checkbox"/> I have a chronic medical condition(s) and am afraid the flu vaccine will make me sick |
| <input type="checkbox"/> Concerned that I would have a serious reaction to the flu vaccine | <input type="checkbox"/> Not sure where to get the flu vaccine or lack of transportation |
| <input type="checkbox"/> Could not afford the flu vaccine | <input type="checkbox"/> Religious objection to vaccines |
| <input type="checkbox"/> Generally healthy, so I do not feel that I need the flu vaccine | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> I do not believe that the flu vaccine is effective | _____ |

Q56. If you have a child or children age 6 or younger, is your child up to date on recommended immunizations?

- Yes
- No
- I do not have a child age 6 or younger



Q57. If you answered NO to the above question, please indicate why. Check ALL that apply.

- Believe my child's immune system will be stronger if they contract a preventable disease
- Concerned my child will have a serious reaction to the vaccine(s)/vaccines are unsafe
- Concerned there is a link between vaccines and autism Desire more information from my child's doctor
- Do not believe vaccines are necessary because the diseases are not serious or are uncommon
- Do not want my child to have multiple shots in one doctor's office visit
- My child does not have a primary doctor
- My child is not in daycare, so he/she is not exposed to diseases
- No money for vaccines and/or my child is uninsured
- Religious objection to vaccines
- Other (please specify) _____

Q58 How do you normally get to your healthcare appointments?

- Bicycle
- Drive Myself - Personal Car
- Family Member / Friend
- Taxi / Uber / LYFT
- Union County Public Transportation
- Walk
- Do not have transportation, so don't go to healthcare provider

Q59 Where do you get most of your health information? Please rank the top 3.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atrium Website | <input type="checkbox"/> Social Media |
| <input type="checkbox"/> Family / Friends | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Internet (google search) | <input type="checkbox"/> Union County Website |
| <input type="checkbox"/> My Doctor | <input type="checkbox"/> Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> Novant Website | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pharmacist | |

Q60 Environmental Health (Check one answer per row) (*Great Concern, Some Concern, No Concern*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Access to Convenience Centers for Trash Disposal | <input type="checkbox"/> Solid Waste Disposal (appliances, mattresses, tires, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bioterrorism | <input type="checkbox"/> Stream Water Quality |
| <input type="checkbox"/> Food Borne Illness | <input type="checkbox"/> Vector Control (mosquitoes) |
| <input type="checkbox"/> Indoor Air Quality (mold, allergens, etc) | <input type="checkbox"/> Weather Disasters / Storm Debris |
| <input type="checkbox"/> Outdoor Air Quality | <input type="checkbox"/> Other (Please specify) |
| <input type="checkbox"/> Preserving Green Space | _____ |



Q61 What type of drinking water do you have in your home?

- Well Water
- Public Water Supply

Q62 Are you concerned about your drinking water?

- Yes
- No

Q63 If yes, what is your primary concern?

- Taste
- Smell
- Afraid of what is in the water

Q64 Is there anything that could be done to improve the health of adults in Union County?

Please explain

Thank you for completing the survey.



2022 Encuesta de Evaluación para Adultos de la Salud Comunitaria en el Condado Union (mayores de 18 años)

En los próximos 6 meses, el Departamento de Servicios Humanos del Condado Union en colaboración con Novant Health y Atrium Health, trabajaremos juntos para desarrollar la Evaluación de la Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés) 2022. El objetivo de la CHA es identificar los factores que afectan la salud de la población y determinar la disponibilidad de recursos dentro del Condado para abordar estos factores. Necesitamos su opinión para que nos ayude a identificar los problemas de salud y las preocupaciones que enfrentan los adultos del Condado Union actualmente, para que podamos ayudar a abordarlos. Su voz y su opinión es importante para nosotros.

Por favor tome 10-15 minutos para completar la encuesta anónima. Sus respuestas no estarán conectadas con usted de ninguna manera.

Gracias por su tiempo y por compartir sus experiencias y puntos de vista.

P1. ¿Cuál es SU código postal?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 28079 | <input type="checkbox"/> 28111 |
| <input type="checkbox"/> 28103 | <input type="checkbox"/> 28112 |
| <input type="checkbox"/> 28104 | <input type="checkbox"/> 28113 |
| <input type="checkbox"/> 28105 | <input type="checkbox"/> 28173 |
| <input type="checkbox"/> 28108 | <input type="checkbox"/> 28174 |
| <input type="checkbox"/> 28110 | <input type="checkbox"/> 28227 (Mint Hill) |

P2. ¿En qué ciudad o Municipalidad del Condado Union vive usted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altan | <input type="checkbox"/> Monroe |
| <input type="checkbox"/> Fairview | <input type="checkbox"/> New Salem |
| <input type="checkbox"/> Goose Creek | <input type="checkbox"/> Stallings |
| <input type="checkbox"/> Hemby Bridge | <input type="checkbox"/> Unionville |
| <input type="checkbox"/> Indian Trail | <input type="checkbox"/> Waxhaw |
| <input type="checkbox"/> Lake Park | <input type="checkbox"/> Weddington |
| <input type="checkbox"/> Marshville | <input type="checkbox"/> Wesley Chapel |
| <input type="checkbox"/> Marvin | <input type="checkbox"/> Wingate |
| <input type="checkbox"/> Matthews | <input type="checkbox"/> Unincorporated Union County |
| <input type="checkbox"/> Mineral Springs | <input type="checkbox"/> Out of County |



P3. ¿Cuál es SU Edad?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-24 | <input type="checkbox"/> 60-64 |
| <input type="checkbox"/> 25-34 | <input type="checkbox"/> 65-74 |
| <input type="checkbox"/> 35-44 | <input type="checkbox"/> 74-84 |
| <input type="checkbox"/> 45-54 | <input type="checkbox"/> 85+ |
| <input type="checkbox"/> 55-59 | |

P4. ¿Cuál es SU género?

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no responder
- Transgénero
- Otro (Por favor, especifique) _____

P5. Usando las siguientes categorías, ¿cuál consideras que es la suya?

- Árabe Americano / Medio Este
- Asiático (Indio Asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, u otra clase Asiática)
- Blanco/ Caucásico / Europeo Americano
- Europa del Este// Ruso / Estados Postsoviéticos
- Hispano / Latino (incluyendo Mexicano, Mexicano Americano, Chicano, Puertorriqueño, Cubano, u otro origen Español)
- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Nativo del Hawái / Isleño del Pacífico
- Negro/ Africano Americano
- Otro (por favor especifique) _____

P6. ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

- Menos de 9º grado
- 9-12 grado, sin diploma
- Graduado de la escuela secundaria (o GED / equivalente)
- Grado asociado o formación profesional
- Alguna universidad (sin título)
- Licenciatura
- Título de posgrado o profesional
- Otro (especifique)

P7. ¿Es usted un veterano o ha servido en el ejército?

- Sí
- No



P8. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene USTED? (puede seleccionar más de uno)

- Medicaid
- Medicare
- Militar / VA
- Seguro del Gobierno (Ley de Atención Médica Asequible)
- Seguro Privado
- Sin Seguro

P9. ¿Vive solo?

- Sí
- No

P10. Si no vive solo, ¿con quién vive?

- Esposo/a
- Familia
- Amigo/a
- Otro (especifique)

P11. ¿Qué describe más de cerca el nivel de ingresos de su hogar?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999 |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 a \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 - \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$200,000 o más |
| <input type="checkbox"/> \$35,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 | |

P12. A continuación se enumeran los factores que pueden causar malos resultados de salud. Por favor, revise hasta tres comportamientos más críticos que usted siente que impiden que las personas en el Condado de Unión estén saludables.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condiciones de vida inseguras | <input type="checkbox"/> Inestabilidad en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Conducir imprudente / inseguro | <input type="checkbox"/> Malos hábitos alimenticios |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> No obtener chequeos médicos |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo / excesivo de alcohol | <input type="checkbox"/> Recetada o uso de drogas ilícitas |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Sexo no seguro/Sexo sin protección |
| <input type="checkbox"/> Estrés del Cuidador | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Falta de ejercicio | <input type="checkbox"/> Otros comportamientos (especifique) _____ |



P13. A continuación se enumeran los problemas de salud mental. Por favor, marque tres que MÁS le preocupan sobre las personas en el Condado de Unión.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adicción al alcohol | <input type="checkbox"/> TEPT |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Adicción a opioides o drogas | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención / |
| <input type="checkbox"/> Depresión | Trastorno por déficit de atención con |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual del desarrollo | hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Otro problema de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Problemas de dormir | (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Suicidio | _____ |

P14. En su opinión, ¿qué TRES temas o servicios afectan más la calidad de vida de los residentes en el Condado Union?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abandono escolar | <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Bajos ingresos/pobreza | <input type="checkbox"/> Falta en saber leer y escribir/No poder leer |
| <input type="checkbox"/> Contaminación (del aire, del agua, de la tierra) | <input type="checkbox"/> Falta de localidades recreativas (parques, senderos, centros comunitarios, piscinas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Desamparo | <input type="checkbox"/> Falta de programas recreativos para jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Falta de transporte |
| <input type="checkbox"/> Falta de vivienda económica | <input type="checkbox"/> Hambre |
| <input type="checkbox"/> Falta de atención a las personas mayores que no pueden salir de sus hogares | <input type="checkbox"/> Malas condiciones de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Falta de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifíquese) |
| <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades educativas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de opciones de alimentos saludables o alimentos saludables económicos | |

P15. En general, ¿cómo calificaría SU salud física?

- Muy mala salud
- Mala salud
- Ni mala ni buena salud
- Buena salud
- Excelente salud

P16. En general, ¿cómo calificaría SU salud mental?

- Muy Mala salud mental
- Mala salud mental
- Ni mala ni buena salud mental
- Buena salud mental
- Excelente salud mental



P17. A continuación se enumeran los problemas de salud. Por favor, marque tres que MÁS le preocupan con respecto a SU salud.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/Sobredosis de drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria / EPOC |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Estrés del cuidador |
| <input type="checkbox"/> Beber en exceso/Consumo excesivo de alcohol | <input type="checkbox"/> Influenza / Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Embarazo no planificado | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/Demencia | <input type="checkbox"/> Salud dental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifíquese) |
- _____

P18. A continuación se enumeran las preocupaciones de seguridad que pueden afectar su salud. Por favor, compruebe todo lo que más le preocupa acerca de SU seguridad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de ancianos | <input type="checkbox"/> Inestabilidad en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> No hay suficiente comida |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de vida no seguras | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria / Confusión |
| <input type="checkbox"/> Descuido | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones de seguridad (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de manejar / entender los medicamentos | |
- _____

P19. Si estuviera en una situación / relación abusiva, ¿sabría a quién llamar o cómo denunciarlo?

- Sí
- No

P20. ¿Cómo ve SU peso?

- Normal
- Bajo de peso
- Sobrepeso
- Obeso

P21. ¿Siente que su peso actual está afectando SU estado de salud?

- Sí
- No

P22. ¿Cuántos días a la semana normalmente hace 30 minutos de ejercicio para estar en forma?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más



P23. ¿Hay suficientes oportunidades para la actividad física cerca de su casa?

- Sí
- No

P24. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come normalmente USTED por día?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

P25. ¿Compra frutas / verduras cultivadas localmente en mercados minoristas, puestos de granjas o mercados de agricultores?

- Sí
- No

P26. ¿De dónde provienen la mayoría de sus comidas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentos congelados / Comidas para microondas | <input type="checkbox"/> Preparado en casa / comidas cocinadas |
| <input type="checkbox"/> Alimentos preparados de tienda de comestibles deli (pollo asado, sub sándwich, etc.) | <input type="checkbox"/> Restaurante de comida rápida |
| <input type="checkbox"/> Comidas a domicilio "Meals on Wheels" | <input type="checkbox"/> Restaurante para cenar / llevar (excluyendo comida rápida) |
| <input type="checkbox"/> Jardín (cultivado en casa / enlatado en casa) | <input type="checkbox"/> Sitio de Nutrición para Personas Mayores |
| | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) |
-

P27. Por favor, marque si USTED hace actualmente alguno de las siguientes:

- Beber en exceso o consumo excesivo de alcohol
- Fuma (cigarrillos, puros, tabaco de pipa)
- Fumar marihuana (recreativamente)
- Usar drogas recreativas
- Usa opioides (no recetados)
- Usa tabaco sin humo (masticar/mojar/rapé)
- Vapea/Juul/fumar cigarrillos electrónicos

P28. Si marcó alguno de los anteriores, ¿siente que esto afecta negativamente SU salud?

- Sí
- No



P29. A continuación se enumeran los peligros de seguridad relacionados al conducir. Por favor, marque TODO lo que se aplica a USTED.

- Mensajes de texto / Chat instantáneo / Uso de aplicaciones mientras conduce
- Hablar por teléfono celular mientras conduzco
- Conducir bajo la influencia (drogas o alcohol)
- Conducir imprudente / Exceso de velocidad
- Ninguno

P30. ¿Aproximadamente cuánto tiempo pasa USTED diariamente en las redes sociales? (Facebook, mensajería instantánea, chat instantáneo, mensajes de texto)

- Ninguno
- 1 hora o menos
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o más

P31. ¿Cuánto tiempo pasa USTED en frente de una pantalla a diario (no relacionado con el trabajo, por ejemplo, la televisión, videojuegos, computadora, teléfono celular)?

- Ninguno
- 1 hora o menos
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o más

P32. ¿A dónde va con MÁS FRECUENCIA cuando está enfermo y necesita atención médica? Elija SOLO uno.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencia en el condado Union | <input type="checkbox"/> Oficina de doctor en el Condado Union |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias fuera del Condado Union | <input type="checkbox"/> Oficina de doctor fuera del Condado Union |
| <input type="checkbox"/> Minute Clinic en el Condado Union | <input type="checkbox"/> Sala de emergencias de Atrium Health Care Union (anteriormente CMC) |
| <input type="checkbox"/> No consulte a un médico – uso remedios naturales | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) |
-

P33. ¿Tiene un médico que vea regularmente?

- Sí
- No

P34. ¿Hubo un momento en que necesitó ver a un médico durante los últimos 12 meses, pero no lo hizo?

- Sí
- No



P35. Si sí, ¿cuál fue la razón(es) principal por la que no vio a un médico?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando pude llegar allí | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No confío en los médicos | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al médico |
| <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar ni a dónde ir | <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifíquese) |
| <input type="checkbox"/> No tenía el dinero para ir | _____ |

P36. ¿Tiene un médico especialista que vea regularmente?

- Sí
- No

P37. ¿Hubo un momento en que necesitó ver a un especialista durante los últimos 12 meses, pero no lo hizo?

- Sí
- No

P38. Si sí, ¿cuál fue la razón(es) principal por la que no vio a su especialista?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar ni a dónde ir |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando pude llegar allí | <input type="checkbox"/> No tenía el dinero para ir |
| <input type="checkbox"/> Mi seguro no paga por especialistas | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> No confío en los médicos | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No hay especialista en el Condado Union | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al médico |
| | <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifíquese) |
| | _____ |

P39. ¿Ve a un dentista regularmente?

- Sí
- No

P40. ¿Hubo un momento durante los últimos 12 meses en el que necesitaba ver a un dentista, pero no lo hizo?

- Sí
- No

P41. Si sí, ¿cuál fue la razón principal por la que no vio a un dentista?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando pude llegar allí | <input type="checkbox"/> No tenía el dinero para ir |
| <input type="checkbox"/> Mi seguro no paga por los servicios dentales | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No confío en los dentistas | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al dentista |
| <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar ni a dónde ir | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) |
| | _____ |



P42. ¿Alguna vez ha sentido que necesitaba servicios de salud mental y no los recibió?

- Sí
- No

P43. Si sí, ¿por qué no fue a los servicios de salud mental? Marque TODOS los que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barrera del idioma | <input type="checkbox"/> No sabía a quién llamar ni a dónde ir |
| <input type="checkbox"/> Estaba avergonzado | <input type="checkbox"/> No tenía el dinero para ir |
| <input type="checkbox"/> La oficina no estaba abierta cuando pude llegar allí | <input type="checkbox"/> No tengo seguro |
| <input type="checkbox"/> Mi seguro no paga por los servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No confío en los médicos | <input type="checkbox"/> Tenía miedo / No me gusta ir al médico |
| | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) _____ |

P44. ¿Ha necesitado un medicamento recetado (incluye píldoras, oxígeno, etc.) y no lo recibió?

- Sí
- No

P45. Si sí, ¿por qué no pudo obtener su medicamento?

- Mi seguro no cubriría el medicamento
- No tengo seguro
- No tenía el dinero
- No tenía transporte para llegar a la farmacia
- No uso medicamentos (prefiero medicinas alternativas/uso remedios naturales)
- Tuve que pagar otras facturas (comida, gas, servicios públicos)
- Otro (por favor especifíquese) _____

P46. ¿Alguien le ayuda a tomar o manejar sus medicamentos?

- Sí
- No
- No aplica

P47. ¿Mantiene un suministro de emergencia de sus medicamentos?

- Sí
- No
- No aplica

P48. ¿Ha cambiado la forma en que toma sus medicamentos recetados sin hablar con un médico?

- Sí
- No



P49. Si sí, verifique todas las razones por las que cambió la forma en que toma su medicamento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Compartí la receta con otra persona | <input type="checkbox"/> No pensé que la medicina estuviera funcionando |
| <input type="checkbox"/> Corté la dosis diaria para que la receta durara más tiempo | <input type="checkbox"/> Para ahorrar dinero |
| <input type="checkbox"/> No entendía cómo tomar el medicamento | <input type="checkbox"/> Tomé medicamentos cada dos días para que la receta durara más tiempo |
| <input type="checkbox"/> No me gustó la forma en que la medicina me hizo sentir | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) _____ |

P50. ¿Recibe algún servicio de salud a domicilio en su hogar?

- Sí
- No
- No aplica

P51. ¿Recibe alguna asistencia no médica en el hogar?

- Sí
- No
- No aplica

P52. Marque TODOS los servicios de salud preventivos que tuvo durante los últimos 12 meses:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Examen de colesterol | <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou |
| <input type="checkbox"/> Examen físico | <input type="checkbox"/> Ninguno- No ha visto a un médico en los últimos 12 meses para la salud preventiva |
| <input type="checkbox"/> Examen de la vista (visión) | <input type="checkbox"/> Revisión auditiva |
| <input type="checkbox"/> Examen de próstata | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) _____ |
| <input type="checkbox"/> Glucosa en sangre (detección de diabetes) | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (examen de presión arterial) | |

P53. Si no recibió ningún servicio preventivo, indique por qué. Marque TODOS los que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No creo que los servicios de prevención sean necesarios | <input type="checkbox"/> No tengo un médico |
| <input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro para servicios de prevención | <input type="checkbox"/> Solo veo a un médico por un problema médico urgente |
| <input type="checkbox"/> No tengo dinero | <input type="checkbox"/> Uso medicina alternativa (neuropático, holístico, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No tengo seguro | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) _____ |
| <input type="checkbox"/> No tengo tiempo para ir a un médico | |

P54. ¿Recibió la vacuna contra la influenza (gripe) en el último año?

- Sí
- No



P55. Si no recibió la vacuna contra la influenza (gripe), indique por qué. Marque TODOS los que correspondan.

- Generalmente estoy saludable, por lo que no siento que necesite la vacuna contra la gripe
- Me preocupa que tenga una reacción grave a la vacuna contra la gripe
- No creo que la vacuna contra la gripe sea efectiva
- No estoy seguro dónde puedo ir a vacunarme contra la gripe o falta de transporte
- No podía pagar la vacuna contra la gripe
- Objeción religiosa a las vacunas
- Preocupado de que me contagiaría con la gripe a causa de la vacuna
- Tengo una(s) condición(es) médica(s) crónica(s) y temo que la vacuna contra la gripe me enferme
- Otro (por favor especifíquese)

P56. Si tiene un hijo o niños menores de 6 años, ¿está su hijo al día con las vacunas recomendadas?

- Sí
- No
- No tengo un hijo menor de 6 años

P57. Si respondió NO a la pregunta anterior, indique por qué. Marque TODOS los que correspondan.

- Creo que el sistema inmunológico de mi hijo será más fuerte si contrae una enfermedad prevenible
- Deseo más información del médico de mi hijo
- Me preocupa que mi hijo tenga una reacción grave a la vacuna(s) / las vacunas no son seguras
- Mi hijo no está en la guardería, por lo que no está expuesto a enfermedades
- Mi hijo no tiene un médico de cabecera
- No creo que las vacunas son necesarias porque las enfermedades no son graves o son poco comunes No hay dinero para vacunas y/o mi hijo no tiene seguro
- No quiero que mi hijo reciba varias inyecciones en una visita al consultorio del médico
- Preocupado por la existencia de un vínculo entre las vacunas y el autismo
- Objeción religiosa a las vacunas
- Otro (por favor especifíquese)

P58 ¿Cómo llega normalmente sus citas de atención médica?

- Bicicleta
- Caminar
- Conduzco yo mismo - Coche personal
- Familiar / Amigo
- Taxi / Uber / LYFT
- Transporte Público del Condado Union
- No tiene transporte, así que no va a un proveedor de atención médica



P59 ¿De dónde obtiene la mayor parte de su información de salud? Por favor clasifique por orden de prioridad las 3 primeras.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familia / Amigos | <input type="checkbox"/> Sitio web del Condado Union |
| <input type="checkbox"/> Farmacéutico | <input type="checkbox"/> Sitio web de Novant |
| <input type="checkbox"/> Internet (búsqueda en Google) | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Mi médico | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de Atrium | |

P60 Salud ambiental (Verifique una respuesta por fila) (*Gran preocupación, Alguna Preocupación, Sin preocupación*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acceso a centros de conveniencia para la eliminación de basura | <input type="checkbox"/> Eliminación de Residuos Sólidos (electrodomésticos, colchones, neumáticos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bioterrorismo | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas por los alimentos |
| <input type="checkbox"/> Calidad del agua del arroyo | <input type="checkbox"/> Preservar los espacios verdes |
| <input type="checkbox"/> Calidad del aire exterior | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifíquese) |
| <input type="checkbox"/> Calidad del aire interior (moho, alérgenos, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Control de vectores (mosquitos) | |
| <input type="checkbox"/> Desastres climáticos / Escombros de tormentas | |

P61 ¿Qué tipo de agua potable tiene en su casa?

- Agua de pozo
- Suministro público de agua

P62 ¿Le preocupa su agua potable?

- Sí
- No

P63 Si sí, ¿cuál es su principal preocupación?

- Sabor
- Olor
- Miedo a lo que hay en el agua

P64 ¿Hay algo que se pueda hacer para mejorar la salud de los adultos en el Condado Union?

Por favor explíquelo.

Gracias por completar la encuesta.