



KERN COUNTY COMMUNITY HEALTH SURVEY

We would like your opinion on the health of our community. The results will help us understand the community's health needs and develop action plans. This survey is voluntary and has no effect on the services you receive today.

- Select the **three** most important factors for a healthy community. *Check only three.*

<input type="checkbox"/> Good place to raise children	<input type="checkbox"/> Parks and recreation	<input type="checkbox"/> Healthy behaviors and lifestyles
<input type="checkbox"/> Low crime/safe neighborhoods	<input type="checkbox"/> Clean environment	<input type="checkbox"/> Access to healthy food choices
<input type="checkbox"/> Good schools	<input type="checkbox"/> Affordable housing	
<input type="checkbox"/> Access to medical care	<input type="checkbox"/> Good jobs and healthy economy	
- Select the **three** most important health problems in our community. *Check only three.*

<input type="checkbox"/> Aging-related problems (joint pain, hearing, & memory loss)	<input type="checkbox"/> Domestic violence	<input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases (STDs) including HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Asthma, lung disease, other breathing problems	<input type="checkbox"/> Heart disease and stroke	<input type="checkbox"/> Drug or alcohol abuse
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Diseases like flu, valley fever, & TB	<input type="checkbox"/> Teenage pregnancy
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mental health	
	<input type="checkbox"/> Overweight/obesity	
- Select the **three** most important barriers that prevent our community from being healthy. *Check only three.*

<input type="checkbox"/> Lack of health insurance	<input type="checkbox"/> Drug or alcohol abuse	<input type="checkbox"/> Tobacco/e-cigarette use
<input type="checkbox"/> Limited access to healthy foods	<input type="checkbox"/> Being overweight or obese	<input type="checkbox"/> Unsafe sex
<input type="checkbox"/> Lack of healthy living education	<input type="checkbox"/> Not using birth control	
- Select the **three** most important challenges our community faces. *Check only three.*

<input type="checkbox"/> Limited transportation	<input type="checkbox"/> Unemployment	<input type="checkbox"/> Racism
<input type="checkbox"/> Limited/fixed income	<input type="checkbox"/> Lack of higher education access	<input type="checkbox"/> Child abuse/neglect
<input type="checkbox"/> Unsafe neighborhoods	<input type="checkbox"/> Language barrier	<input type="checkbox"/> Homelessness
<input type="checkbox"/> Air quality	<input type="checkbox"/> Unsafe driving	
- How would you rate the overall health of our community?

<input type="checkbox"/> Poor	<input type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Very Good	<input type="checkbox"/> Excellent
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
- How would rate your own personal health?

<input type="checkbox"/> Poor	<input type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Very Good	<input type="checkbox"/> Excellent
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
- How easy or hard is it for you to access medical care (making appointments, getting prescriptions, etc.)?

<input type="checkbox"/> Very easy	<input type="checkbox"/> Easy	<input type="checkbox"/> Hard	<input type="checkbox"/> Very hard
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------
- What is the zip code where you live? _____
- What is your age? _____
- Including yourself, how many people live in your household? _____
- How many children under 18 years of age live in your household? _____
- What is your gender? Male Female Other _____
- What is your annual household income? Less than \$25,000 \$25,000 to \$49,999 Over \$50,000
- What is your race/ethnicity? *Check all that apply:*

<input type="checkbox"/> African American / Black	<input type="checkbox"/> Asian / Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Native American
<input type="checkbox"/> White / Caucasian	<input type="checkbox"/> Other _____		
- What is your highest level of education? *Check only one:*

<input type="checkbox"/> Less than high school diploma	<input type="checkbox"/> High school diploma or GED	<input type="checkbox"/> Some college (no degree)
<input type="checkbox"/> Associate's degree	<input type="checkbox"/> Bachelor's degree or higher	<input type="checkbox"/> Other _____
- How do you pay for health insurance? *Check all that apply:*

<input type="checkbox"/> Cash (no insurance)	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Veterans' Administration (TRI-CARE, etc.)
<input type="checkbox"/> Indian Health Services	<input type="checkbox"/> Private insurance (Blue Cross, Blue Shield, etc.)	<input type="checkbox"/> Other _____	

Thank you! Please return your completed survey to the person who gave it to you.

ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE KERN

Nos gustaría su opinión sobre la salud de nuestra comunidad. Los resultados nos ayudarán a comprender las necesidades de salud de la comunidad y a desarrollar planes de acción. Esta encuesta es voluntaria y no tiene ningún efecto en los servicios que recibe hoy.

1. Elija los **tres** factores más importantes para una comunidad saludable. *Marque solo tres.*

<input type="checkbox"/> Buen lugar para criar niños	<input type="checkbox"/> Parques y Recreación	<input type="checkbox"/> Comportamientos y estilos de vida saludable college or
<input type="checkbox"/> Bajo crimen/vecindarios seguros	<input type="checkbox"/> Ambiente limpio	<input type="checkbox"/> Acceso a opciones de alimentos saludables
<input type="checkbox"/> Buenas escuelas	<input type="checkbox"/> Vivienda asequible	
<input type="checkbox"/> Acceso a la asistencia médica	<input type="checkbox"/> Buenos empleos y economía saludable	

2. Elija los **tres** problemas de salud más importantes en nuestra comunidad. *Marque solo tres.*

<input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el envejecimiento (dolor articular, audición y pérdida de memoria)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Asma, enfermedad pulmonary, otros problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/obesidad
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido VIH/SIDA
	<input type="checkbox"/> Enfermedades con gripe, fiebre del valle y tuberculosis	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol
		<input type="checkbox"/> Embarazo en la dolescencia

3. Elija las **tres** barreras más importantes que impiden que nuestra comunidad sea saludable. *Marque solo tres.*

<input type="checkbox"/> Falta de seguro de salud	<input type="checkbox"/> Falta de educacion de vida saludable	<input type="checkbox"/> No usar anticonceptivos
<input type="checkbox"/> Acceso limitado a alimentos saludables	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Uso de Tabaco/e-cigarrillo
	<input type="checkbox"/> Tener sobrepeso u obesidad	<input type="checkbox"/> Sexo inseguro

4. Elija los **tres** desafíos más importantes que enfrenta nuestra comunidad. *Marque solo tres.*

<input type="checkbox"/> Transporte limitado	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Racismo
<input type="checkbox"/> Ingresos limitados/fijos	<input type="checkbox"/> Falta de acceso a educación superior	<input type="checkbox"/> Abuso/negligencia infantil
<input type="checkbox"/> Vecindades inseguras	<input type="checkbox"/> Barrera del idioma	<input type="checkbox"/> Falta de hogar
<input type="checkbox"/> Calidad del aire	<input type="checkbox"/> Conducción insegura	

5. ¿Cómo calificaría la salud general de nuestra comunidad?

<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

6. ¿Cómo calificaría su propia salud personal?

<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena	<input type="checkbox"/> Excelente
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

7. ¿Qué tan fácil o difícil es para usted acceder a la atención médica (concertar citas, obtener recetas, etc.)?

<input type="checkbox"/> Muy fácil	<input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Muy difícil
------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

8. ¿Cuál es el código postal donde vives? _____

9. ¿Cual es tu edad? _____

10. Incluyéndote a ti mismo, ¿cuántas personas viven en su hogar? _____

11. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar? _____

12. ¿Cuál es su género? Masculino Femenino Otro _____

13. ¿Cual es su ingreso anual? Menos de \$25,000 \$25,000 a \$49,999 Más de \$50,000

14. ¿Cuál es su raza/etnica? *Marque todo lo que corresponda:*

<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo Americano
<input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico	<input type="checkbox"/> Otro _____		

15. ¿Cuál es su nivel más alto de educación? *Marque solo uno:*

<input type="checkbox"/> Menos de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad (sin título)
<input type="checkbox"/> Título Asociado	<input type="checkbox"/> Título universitario o más	<input type="checkbox"/> Otro _____

16. ¿Cómo paga el seguro de salud? *Marque todo lo que corresponda:*

<input type="checkbox"/> Dinero (sin seguro)	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos (TRI-CARE, etc.)
<input type="checkbox"/> Servicios de salud Indios	<input type="checkbox"/> Seguro Privado (Blue Cross, Blue Shield, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro _____	

¡Gracias! Por favor regrese su encuesta completa a la persona que se la dio.