Fecha: _____ Completado en línea, Otro _____

Hallmark Health

Encuesta de Salud de la Comunidad

Sus opiniones son muy importantes para ayudarnos a planificar programas futuros que satisfagan mejor sus necesidades. Se mantendrá la confidencialidad de cualquier información personal que provea.

Edad: _____ **Ciudad/Pueblo donde vive:** _____ **Número de personas en el hogar:** _____

¿Tienen un médico de atención primaria? Sí No **¿Necesitan ayuda para elegir uno?** Sí No

¿Dónde reciben servicios de atención médica regulares? _____ **¿Servicios de emergencia?** _____

¿Hay alguna cuestión que le impida a usted o a su familia buscar atención médica? Por favor trace un círculo alrededor de todo lo que corresponda.

Falta de seguro médico Grandes copagos Deuda médica Discapacidad Transporte

Entender el idioma que se habla Horario de atención Otro _____

¿Cuáles son sus tres principales inquietudes de salud? _____

¿Qué podría hacer Hallmark Health para ayudarlo a usted o a su familia a recibir una mejor atención médica?
_____

¿Tiene algún comentario para nosotros? _____

Por favor trace un círculo alrededor de todo lo que corresponda.

¿Cuál es su grupo étnico?
- Hispano
- No hispano

¿Cuál es su género?
- Masculino
- Femenino

¿Cuál es su rango de ingresos?
- de 0 a $25,000
- de $26,000 a $35,000
- de $35,000 a $50,000
- de $50,000 a $70,000
- $70,000 +

¿Qué idioma(s) habla en su hogar?
- Inglés
- Español
- Portugués
- Vietnamita
- Italiano
- Creole haitiano
- Cantonés
- Mandarín
- Otro: _____

¿Cuál es su raza?
- Indio americano
- Asiático
- Negro
- Nativo americano o de las Islas del Pacífico
- Blanco
- Otro

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? _____

¿Cómo calificaría su condición de salud actual?
Excelente Regular
Buena Deficiente

Información opcional

Nombre: _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

Por favor devolver a Hallmark Health Community Services

239 Commercial Street, Malden, MA 02148 (781) 338-7552

¡Gracias!