

## Evaluación de Lesiones Cerebrales en Kansas: Encuesta para Individuos con una Lesión cerebral

Esta encuesta es para individuos viviendo con una lesión cerebral en Kansas. Nos gustaría escuchar acerca de sus experiencias y opiniones. Sus comentarios ayudarán a encontrar formas en que organizaciones en Kansas puedan servirle de mejor manera a aquellos individuos con lesión cerebral.

Notas acerca de la encuesta:

- Sus respuestas serán anónimas.
- Le tomará de 30 a 45 minutos para completar.
- De ser posible, le pedimos que complete esta encuesta en su totalidad. A manera de agradecimiento, al final de la encuesta, usted puede ingresar su nombre a una rifa por la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo para Amazon.

¡Gracias de antemano por su participación en esta encuesta! ¡Su participación es increíblemente valiosa!

**NOTA:** Esta encuesta está destinada a capturar los individuos que viven con una lesión cerebral. Si usted está llenando esta encuesta de parte de alguien con una lesión cerebral, por favor responda a las preguntas desde el punto de vista de la persona con una lesión cerebral.

1. Edad en que sufrió su primer lesión cerebral: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántas lesiones cerebrales en total ha sufrido? \_\_\_\_\_
3. Indique cuántas veces ha sufrido cada tipo de lesión cerebral en la lista de abajo:

	No he sufrido	1 Vez	2 – 4 Veces	5 o Más veces
Accidente automovilístico o de motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresión/abuso/violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente peatonal/ciclista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor cerebral (Benigno o maligno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armas de fuego/armas (disparo a la cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de suministro de oxígeno (anoxemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidente en que estuvo a punto de ahogarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión deportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral/aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (por favor describa):				

4. ¿Aproximadamente que tanto tiempo **DESPUÉS** de su lesión inicial fue diagnosticado con lesión cerebral?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses después   | <input type="checkbox"/> 1 a 5 años después      |
| <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses después     | <input type="checkbox"/> Más de 5 años después   |
| <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 año después | <input type="checkbox"/> No sé o no estoy seguro |

5. Seleccione todo lo que aplique con relación a su lesión cerebral más severa:

- Sin pérdida de conciencia
- Pérdida de conciencia durante 30 minutos o menos
- Pérdida de conciencia entre 1 y 24 horas
- Pérdida de conciencia durante más de 24 horas
- Tratado por un médico o terapeuta por una lesión craneal
- Tuvo sangrado en el cerebro
- Fue ingresado al hospital
- Internado en el hospital durante al menos una noche

6. A continuación, están algunos síntomas comúnmente reportados que las personas pueden experimentar después de tener una lesión cerebral y puede no ser una lista completa. Seleccione cualquiera de los que haya experimentado desde su lesión.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ira                                   | <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir |
| <input type="checkbox"/> Problemas de balance/movilidad        | <input type="checkbox"/> Fatiga                   |
| <input type="checkbox"/> Cambios en su personalidad            | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza        |
| <input type="checkbox"/> Cambios en su visión                  | <input type="checkbox"/> Impulsividad             |
| <input type="checkbox"/> Depresión                             | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al controlar sus emociones | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para terminar tareas       | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido    |
| <input type="checkbox"/> Otras (por favor describa):           |   |

7. ¿A dónde va por apoyo social o emocional? Seleccione todas las que apliquen.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familia                                  | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo             |
| <input type="checkbox"/> Amigos                                   | <input type="checkbox"/> Iglesia/Sinagoga           |
| <input type="checkbox"/> Otros con una lesión cerebral            | <input type="checkbox"/> Grupo(s) de apoyo en línea |
| <input type="checkbox"/> No estoy recibiendo apoyo por el momento |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique): _____     |   |

8. ¿Qué tan frecuentemente se siente solo o aislado?

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca    | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Siempre        |

9. Indique qué tan desafiante considera usted cada una de las siguientes opciones en la lista.

	<i>No es desafiante</i>	<i>Desafío menor</i>	<i>Desafío mayor</i>
Coordinar citas/visitas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzas (pagar cuentas/presupuestar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontrar recursos y servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exponerse a la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labores domésticas (lavado de ropa, de trastes, barrer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantener relaciones íntimas y/o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros desafíos (por favor describa):			

10. ¿Alguno de los desafíos en la pregunta anterior se ha complicado más durante la pandemia de COVID-19?

- Todos
  Pocos de ellos  
 La mayoría de ellos
  Ninguno

11. Describa cómo la pandemia de COVID-19 impactó su vida, cómo un individuo con lesión cerebral.

12. Si así lo desea, comparta de qué manera su lesión cerebral o los síntomas han cambiado su vida.

## Vida Diaria

13. ¿Cuál es su situación de vida? Seleccione una.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo  | <input type="checkbox"/> En una vivienda comunitaria                                  |
| <input type="checkbox"/> Con cónyuge/compañero u otros miembros de familia de los que dependo para asistirme con actividades diarias           | <input type="checkbox"/> En un centro de vivienda asistida o de cuidados para adultos |
| <input type="checkbox"/> Con cónyuge/compañero u otros miembros de familia <u>de los que no</u> dependo para asistirme con actividades diarias | <input type="checkbox"/> En un centro de rehabilitación                               |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____   | <input type="checkbox"/> Cambiando entre casas de familiares y amigos                 |

14. ¿Cómo se transporta usualmente de un lugar a otro? Seleccione todas las que apliquen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manejando yo mismo                  | <input type="checkbox"/> Transporte público (autobús/tren/taxi/Uber)  |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta                           | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/scooter/carro de golf  |
| <input type="checkbox"/> Camino                              | <input type="checkbox"/> No lo hago debido a barreras (falta de recursos financieros, silla de ruedas, opciones accesibles, etc.) |
| <input type="checkbox"/> En auto con familiares/amigos       |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ |   |

15. ¿Durante qué tanto de su día necesita a alguien disponible para asistirle?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nada                   | <input type="checkbox"/> De 8 a 15 horas diarias  |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 7 horas diarias | <input type="checkbox"/> De 16 a 24 horas diarias |

16. Desde su lesión, ¿ha tenido ayuda de manera regular de alguien en la lista de abajo con cosas tales como comidas, finanzas, servicios de cuidado, etc.?

	<i>No, no he tenido esta persona</i>	<i>Si, pero no consistentemente desde mi lesión</i>	<i>Si, esta persona me ha ayudado desde mi lesión</i>
Cuidador/personal remunerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge/pareja u otro miembro de familia (remunerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge/pareja u otro miembro de familia (no remunerado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Empleo

17. ¿Cuál es su situación laboral?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estudiante                  | <input type="checkbox"/> Jubilado                         |
| <input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo    | <input type="checkbox"/> Voluntario                       |
| <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Desempleado – <i>pase al #19</i> |

18. Su trabajo actual es: – *después de contestar, pase al #20*

- El mismo que antes de mi lesión, sin ayuda o adaptaciones
- El mismo que antes de mi lesión, pero con ayuda o adaptaciones
- Un nuevo trabajo sin ayuda o adaptaciones
- Un nuevo trabajo, pero con ayuda o adaptaciones

19. Si no está trabajando, por favor marque cada una de las siguientes razones que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi elección  | <input type="checkbox"/> Falta de transporte   |
| <input type="checkbox"/> El trabajo anterior ya no es una opción  | <input type="checkbox"/> Falta de cuidado de niños   |
| <input type="checkbox"/> Dificultades causadas por lesión(es) cerebral(es)                              | <input type="checkbox"/> Falta de entrenamiento o educación  |
| <input type="checkbox"/> No puedo encontrar trabajo que yo quiera hacer o que tenga interés en realizar | <input type="checkbox"/> Necesito asistencia tecnológica para realizar mi trabajo, tales como lectores de pantalla, sistemas de texto a voz, teléfonos con botones grandes, etc. |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de prestaciones a causa de empleo                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____  |  |

20. ¿Qué tipo de apoyo tiene que le ayuda a encontrar o mantener un empleo? Seleccione todos los que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familia/amigo                          | <input type="checkbox"/> Especialista de empleos |
| <input type="checkbox"/> Consejero vocacional/de rehabilitación | <input type="checkbox"/> Ninguno                 |
| <input type="checkbox"/> Entrenador de trabajo                  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____    |  |

### Recursos & Servicios

21. ¿Qué tan consciente está de servicios, apoyo, y recursos disponibles en su comunidad para aquellos individuos con lesiones cerebrales?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy consciente | <input type="checkbox"/> Moderadamente consciente |
| <input type="checkbox"/> Un poco consciente  | <input type="checkbox"/> Muy consciente           |

22. ¿Qué tanta dificultad ha tenido para acceder a servicios para ayudarle con su lesión cerebral?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin dificultades   | <input type="checkbox"/> Bastantes dificultades |
| <input type="checkbox"/> Pocas dificultades | <input type="checkbox"/> Muchas dificultades    |

23. ¿Qué apoyo con coordinación de cuidados tiene para ayudarle a obtener servicios?

- Tengo un coordinador de cuidado profesional o un administrador de casos
- Dependo de mi familia o amigos para ayudarme a obtener servicios
- Necesito, pero no tengo a alguien que me ayude a obtener servicios
- No necesito ayuda para obtener servicios
- No sé qué es la coordinación de cuidados

24. Marque su nivel de acuerdo con las siguientes declaraciones.

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De Acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
Hay suficientes servicios disponibles en mi comunidad para lesiones cerebrales.	<input type="checkbox"/>				
Sería de ayuda el saber de servicios de salud mental en mi comunidad.	<input type="checkbox"/>				
Ayudé a definir mi tratamiento y metas de rehabilitación.	<input type="checkbox"/>				
Estoy consciente de mis derechos y de qué servicios o cuidados deberían estar disponibles para mí como persona con una lesión cerebral.	<input type="checkbox"/>				

25. ¿A qué organizaciones ha tenido acceso desde su lesión cerebral?

	<i>Actualmente utilizando</i>	<i>Utilizado en el pasado</i>	<i>Necesité, pero no pude acceder</i>	<i>No necesite</i>	<i>No conozco esta organización</i>
Agencia Local de Servicios para Personas Mayores o Centro de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociación para Lesiones Cerebrales de Kansas City y Zonas Conurbadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agencia de Discapacidad de Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro para los Derechos de las Discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Vivienda Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de Rehabilitación de Kansas (rehabilitación vocacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinador de atención administrada (mediante Sunflower, United or Aetna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alianza de los Estados Unidos para las Lesiones Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuntos de Veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de Juventud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Qué tipo de servicios ha utilizado desde su lesión cerebral?

	<i>Actualmente utilizando</i>	<i>Utilizado en el pasado</i>	<i>Necesité, pero no pude acceder</i>	<i>Innecesario/ No aplica</i>
Adaptaciones académicas (servicios de apoyo para desafíos académicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de ayuda (apoyo navegando el sistema legal, médico, y/o servicios de ayuda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación de cuidados/administración de casos (profesional quien le ayude a programar los servicios que requiere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia cognitiva (para atención, memoria, solución de problemas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento de habilidades sociales (cómo actuar con otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asesoramiento/servicios de salud conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento de habilidades de vida cotidiana (para mejorar la habilidad de comprar, cocinar, lavado de ropa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de empleo/vocacionales (ayuda para obtener o mantener un empleo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planeación financiera/Presupuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo de cuidado en el hogar (asistencia para bañarse, vestirse, preparación de alimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de alojamiento (ayuda para encontrar un lugar donde vivir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de vida independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proveedor de atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyo social o de recreación (ayuda con la soledad, oportunidades para rodearse de otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupos de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. ¿Qué servicios han sido los más útiles para usted, y por qué?

28. ¿Cuál de las siguientes, ha usted experimentado al intentar obtener ayuda de algún servicio?  
Seleccione todas las que apliquen.

- No recibí una remisión
- Los proveedores del servicio no entienden de lesiones cerebrales.
- El papeleo y la solicitud son demasiado difíciles
- Los proveedores del servicio no están disponibles en mi comunidad
- Demasiado caro
- Larga lista de espera
- Requisitos de elegibilidad
- Limitación de seguro
- Falta de documentación de la lesión cerebral por parte de proveedores médicos
- Ninguna
- Otra (por favor describe): \_\_\_\_\_

29. ¿Alguno de los siguientes le ha impedido obtener la ayuda que necesitaba? Seleccione todos los que apliquen.

- Miedo a pedir ayuda por lo que otros puedan pensar
- El seguro médico no lo cubre
- Falta de transporte apropiado
- Falta de acceso a tecnología
- No se siente cómodo utilizando
- La familia o cuidador no piensan que lo necesito
- Dificultad comunicándose con los proveedores de servicios
- Dificultad para dar seguimiento a tareas relacionadas con los servicios
- Ninguna
- Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

## Comentarios Generales

30. ¿Qué piensa que se debe hacer para mejorar los servicios para aquellos con lesión cerebral?  
Seleccione todas las que apliquen.

- Más educación y entrenamiento para los profesionales acerca de lesiones cerebrales
- Mayor conciencia pública acerca de las lesiones cerebrales
- Más proveedores del servicio
- Mayor conciencia acerca de las organizaciones que pueden proveer apoyo
- Mejor coordinación de servicios
- Administración de casos mejorada
- Asistencia financiera
- Mejor cobertura de seguros para los servicios
- Entrenamiento para los cuidadores
- Apoyo de los compañeros (una persona con lesión cerebral ayudando a otra persona con lesión cerebral basándose en sus experiencias propias)
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

31. ¿Qué podría hacerse para mejorar la ayuda para personas con lesión cerebral o cuidadores en su comunidad o estado?

## Servicio Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) Lesión cerebral (BI) Programa de exención a través de Medicaid

El siguiente conjunto de preguntas es para individuos quienes son o fueron previamente parte del Programa de Exención de Lesiones Cerebrales (BI) de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS). Este es un servicio de Medicaid ofrecido a través del Departamento de Envejecimiento y Servicios de Discapacidad de Kansas (KDADS).

32. ¿Ha previa o actualmente recibido servicios del Programa de exención de lesiones cerebrales de servicios basados en el hogar y la comunidad?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, lo hice previamente              | <input type="checkbox"/> No – <i>pase al #35</i>              |
| <input type="checkbox"/> Sí, actualmente – <i>pase al #35</i> | <input type="checkbox"/> No estoy seguro – <i>pase al #35</i> |

33. En su experiencia, ¿hay suficientes recursos y apoyo disponibles una vez que usted deja de ser parte del programa de exención?

- Sí                       No                       No lo sé

34. Si contestó no a la pregunta anterior, ¿Qué servicios o recursos siente usted que hacen falta?

**Servicios de Telesalud**

35. ¿Ha utilizado su computadora u otro tipo de pantalla para contactar a su médico o recibir terapia (telesalud)?

- Sí
  No, pero lo haría
  No, no lo haría

36. ¿Consideraría utilizar una computadora o pantalla para ver a su doctor en alguna de las siguientes situaciones?

	<i>Sí, definitivamente</i>	<i>Sí, probablemente</i>	<i>No, probablemente no</i>	<i>No, definitivamente no</i>
Para una visita de paciente nuevo/primer visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para una visita con un profesional de telesalud al cuál usted ha visto en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por una preocupación de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para una reunión con un mentor o grupo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para terapia del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿Cuál de las siguientes opciones le preocupa de las visitas de telesalud? Seleccione todas las que apliquen.

- Privacidad
- Dificultad al ver o escuchar al profesional de cuidado de la salud
- Dificultades técnicas al utilizar la tecnología
- Falta de un servicio de internet adecuado
- Barreras de tiempo de pantalla
- No sentirse conectado al profesional de cuidado de la salud
- Profesional de la salud no es capaz de realizar un examen físico
- Calidad del cuidado no tan buena como en una visita cara-a-cara
- Otra (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Datos Demográficos**

38. Condado en el que vive: \_\_\_\_\_

39. Su edad actual: \_\_\_\_\_

40. Usted es:

- Mujer
- Hombre
- Prefiero no decir
- \_\_\_\_\_

41. ¿Cuál es su raza/etnia? Seleccione todas las que apliquen.

- Indio americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Hispano/Latino
- Otra (por favor especifique): \_\_\_\_\_
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no decir

42. ¿Cuál es su mayor grado de educación completad?

- Menos de un diploma de bachillerato
- Diploma de bachillerato
- Entrenamiento técnico vocacional
- Universidad, sin título
- Grados de asociado
- Licenciatura
- Graduado o grado profesional

43. ¿Ha servido o actualmente sirve en el ejército?

- Sí
- No

44. ¿Qué tipo de cobertura de seguro tiene actualmente? Seleccione todas las que apliquen.

- Seguro a través de un empleador anterior
- Seguro a través de cónyuge u otro miembro de familia
- Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros\
- Medicare (para personas de 65 años de edad o mayores o gente con ciertas discapacidades)
- Medicaid
- TRICARE u otro servicio de salud militar
- Militar/Asuntos de Veteranos (VA)
- Servicio de Salud Indio
- Sin seguro médico
- Desconocido o no está seguro
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Final**

45. ¿Hay algo más que le gustaría decirnos y que no hemos incluido en la encuesta?

**¡Gracias por participar en esta encuesta! Realmente apreciamos su tiempo y sus comentarios.**

Si está interesado en entrar al sorteo para ganar una tarjeta de regalo de Amazon, llene sus datos. Esta información no estará vinculada a sus respuestas en la encuesta. Una tarjeta de regalo le será enviada vía email (o por correo si es necesario) en Agosto o principios de Septiembre 2022 a manera de agradecimiento por su participación en esta encuesta.

Nombre:	
Email:	
Dirección, calle:	
Ciudad, Estado, Zip:	
Número de teléfono:	