

## Active Aging Community Needs Assessment



Estimados Residentes,

Lo invitamos a completar esta evaluación de las necesidades de la comunidad de **50 años o más**. Nos ayuda tener una mayor cantidad de personas participando en la evaluación para que conozcamos genuinamente los intereses y necesidades de la comunidad.

**No ponga su nombre en esta encuesta. Mantendremos toda la información privada.**

Si necesita ayuda, por favor pregunte.

¡Gracias por tu tiempo!

# Active Aging Community Needs Assessment

## Llegar a conocerse

1. ¿Cuánto tiempo ha vivido aquí? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo te identificas?

- hombre
- mujer
- Transgénero
- No Binario

5. ¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)

- Blanco
- Middle Eastern
- Negro / Afro-Americano
- Hispano, latino u origen español
- Asiático
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
- Indio americano o nativo de Alaska
- Otro \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es el idioma que hablas en casa?

- Inglés
- Español
- Farsi
- Chino
- Coreano
- Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Soltero

## Active Aging Community Needs Assessment

8. ¿Es usted un veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o de la Guardia Nacional y la Reserva?

- Si
- No

9. ¿Estas trabajando?

- Si
- No

10. ¿Cuál es su nivel de educación más alto que ha completado?

- 8vo grado o menos
- 9 – 12
- High school diploma or GED
- Un poco de universidad,  
sin título
- Título universitario Post
- Diploma de graduación

11. ¿Tienes un carro que estacionas en la propiedad?

- Si
- No

12. Si la respuesta es No, ¿qué tipo de transportacion utiliza para hacer compra, o ir al médico, etc.?

- Autobús
- Caminar
- Bicicleta
- Taxi/Uber
- Metro
- Con otra persona

13. ¿Estaría interesado en participar en alguno de los programas y actividades a continuación?

|   |
|---|
| <b>Actividades sociales</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|   |

## Active Aging Community Needs Assessment

**En caso afirmativo,** marque todo lo que corresponda:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artes y manualidades | <input type="checkbox"/> Jardinería              |
| <input type="checkbox"/> Cocinando            | <input type="checkbox"/> Juegos                  |
| <input type="checkbox"/> Bailar               | <input type="checkbox"/> Salidas                 |
| <input type="checkbox"/> Grupos de discusión  | <input type="checkbox"/> Películas               |
| <input type="checkbox"/> Música/canto         | <input type="checkbox"/> Otras actividades _____ |

**En caso afirmativo,** marque todo lo que corresponda:

- Aprender otro idioma
- Aprender a leer
- Financial Planning
- Otro \_\_\_\_\_

**Programas de computador**      0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No

**En caso afirmativo,** ¿le interesaría:

- Aprender a usar una computadora
- Aprender a usar programas para conectarse con amigos/familiares
- Aprender a usar el internet
- Others \_\_\_\_\_

**Exercise or Fitness Programs**      0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No

**En caso afirmativo,** ¿le interesaría:

- Programas de caminata
- Ejercicio en grupo
- Mejorando tu fuerza
- Mejora tu equilibrio
- Otros \_\_\_\_\_

**Wellness and prevention programs**      0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No

**En caso afirmativo,** ¿le interesaría:

- Educación (aprendizaje sobre nutrición, medicamentos, enfermedades como el Alzheimer, etc.)
- Exámenes de salud (mamografías, audición, visión, etc.)
- Prevención o manejo de problemas de salud
- Otros \_\_\_\_\_

## Active Aging Community Needs Assessment

**Clínica de bienestar** (para responder preguntas de salud, verificar signos vitales, comprender las órdenes del médico, etc.) 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No

**Otro** (indique cualquier otro interés que pueda tener)

### Physical Health

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Justa
- Pobre

2. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?

|   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Presión arterial alta o hipertensión                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Diabetes o nivel alto de azúcar en la sangre                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Cancer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Enfermedad pulmonar crónica/problemas respiratorios                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Artritis o reumatismo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Problemas oculares como cataratas, glaucoma o degeneración macular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Problemas neurológicos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Enfermedad relacionada con la memoria                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Problemas emocionales, nerviosos o psiquiátricos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Tiene otras condiciones de salud que le gustaría compartir? \_\_\_\_\_

4. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de asistencia?

- Anteojos/lentes de contacto
- scooter motorizado

## Active Aging Community Needs Assessment

- Silla de ruedas
- Audífonos
- Caminante
- Oxígeno
- Baston
- Otro \_\_\_\_\_
- Asistencia de otros
- Nada

5. ¿Estás legalmente discapacitado? 0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No
6. ¿Usted o alguien en su hogar tiene un problema de audición que les impide escuchar lo que se dice en una conversación normal, incluso con un audífono? 0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No
7. ¿Usted o alguien en su hogar tiene un problema de visión que les impide ver cuando usan anteojos o lentes de contacto? 0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No
8. ¿Usted o alguien en su hogar tiene alguna condición que limite sustancialmente una o más actividades físicas básicas como caminar, subir escaleras, alcanzar, levantar o cargar? 0<sup>1</sup> Si      0<sup>2</sup> No

9. Necesito ayuda con...

**Si**

**NO**

|   | Si                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. bañarse/ ducharse                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Vestirse                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Entrar y levantarse de la cama/silla         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Usando el baño                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Controlando tu vejiga                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Comiendo                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Udando al telefono                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Comprando                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Preparando Comida                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Limpiando la casa                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Lavando Ropa                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Viajar a lugares fuera de la distancia a pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Active Aging Community Needs Assessment

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| M. Manejo de medicamentos               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N. Administrar el dinero o las finanzas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O. Manejo de relaciones                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Physical Activity**

10. ¿Cuántos días a la semana realiza actividad física durante al menos 30 minutos? \_\_ Days

11. ¿Hay algo que le impida realizar actividad física?

- No
- No se que hacer
- No motivado
- Limitaciones físicas o de salud

### **Trabajar como voluntario**

12. ¿Participas en actividades de voluntariado? (comparte tu tiempo, habilidades, talentos para ayudar a otros, retribuir, ayudar a un vecino, hacer servicio comunitario, etc.)

- Si
- No

13. Cuanto tiempo has estado activo como voluntario?

- Mas de 5 años
- 3-4 años
- 1-2 años
- Menos de 1 año

14. ¿Con qué frecuencia en el último mes ha participado en actividades de voluntariado?

- Mas de 50 HRS
- 30 - 49 HRS
- 10–29 HRS
- Menos de 10 HRS
- No he participado en actividades de voluntariado durante el último mes.

15. Describa dónde trabaja como voluntario y el tipo de actividades que realiza.

---

---

16. Describa por qué elige participar en actividades de voluntariado..

---

---

## Active Aging Community Needs Assessment

### Red comunitaria y de apoyo

17. ¿Tiene un asistente de salud en el hogar? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
18. ¿Tienes familiares o amigos en la zona? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
19. ¿Tienes familiares o amigos que te llaman regularmente? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
20. ¿Tiene familiares o amigos que lo visitan regularmente?? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
21. ¿Cómo describiría la cantidad de ayuda que brindan sus familiares o amigos?
- No necesito ayuda
  - No brindes ayuda
  - Ayuda limitada
  - Ayuda moderada
  - Mucha ayuda

### Impacto Digital

22. ¿Tienes servicios de internet? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
23. ¿Tienes acceso a una computadora o teléfono móvil? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No
24. ¿Cuál es tu conexión preferida a Internet? 0<sup>1</sup> Computadora 0<sup>2</sup> Teléfono móvil
25. ¿Cómo estás recibiendo información de la ciudad? 0<sup>1</sup> Sitio web 0<sup>2</sup> Reuniones Públicas 0<sup>3</sup> Comunidad
26. ¿Participa en las Audiencias Públicas de la Ciudad o en las sesiones de trabajo?? 0<sup>1</sup> Si 0<sup>2</sup> No

Comentarios adicionales de los participantes:

---

---