

Campana para Salud de Nueva York

Encuesta para el acceso y los derechos del seguro médico

Identificando nuestras necesidades: El problema

1. ¿Tiene usted seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Si es así, ¿Qué tipo?	<input type="checkbox"/> Por medio del empleador <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Póliza de los padres <input type="checkbox"/> Mercado de seguros médicos <input type="checkbox"/> Otro
b) Si usted compró su seguro en el Mercado de seguro médico, ¿cuál categoría eligió?	<input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Platino
c) ¿Cuál ha sido el periodo más largo en el cual usted ha estado sin seguro médico?	
2. ¿Alguna vez tuvo problemas en obtener la atención médica que necesitó?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Si es así, ¿Cuáles fueron/son las razones?	
3. ¿Alguna vez tuvo que dejar de conseguir atención médica necesaria por causa del costo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Si es así, ¿Qué tipo de atención?	<input type="checkbox"/> Examen regular <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Salud mental y terapia <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otro _____
b) ¿Le ha sido difícil de pagar alguno de los siguientes? (Marque todos los que se apliquen):	<input type="checkbox"/> Primas/cuotas <input type="checkbox"/> Deducibles <input type="checkbox"/> Co-pago <input type="checkbox"/> Coseguro <input type="checkbox"/> Costos no cubiertos por el seguro <input type="checkbox"/> Otro _____
4. Ha pasado usted o alguien en su familia por lo siguiente:	
a) ¿Quedarse en un trabajo solamente para conservar su seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si sí, por favor explique:	
b) ¿Ha sido discriminado al intentar obtener atención médica a causa de su raza, estatus migratorio, género, orientación sexual, edad, o discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor explique:	
c) ¿Desarrolló problemas de salud más serios o hubo retraso en la atención médica debido a los costos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor explique:	
d) ¿Ha tenido dificultad en pagar sus cuentas médicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor explique:	
e) ¿Ha tenido dificultad en pagar por cuidados en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor explique:	

Para aquellos que trabajan en el sector de cuidados médicos:

5. ¿Usted trabaja en el entorno clínico? Sí No

Si es así, por favor explique

6. ¿Alguna vez vio que distintos pacientes recibían tratamientos distintos por causa de su seguro médico? Sí No

7. ¿Alguna vez vio a un paciente retrasar o rechazar atención médica por causa del costos? Sí No

8. ¿Siente usted que la preocupación de algún paciente por el costo de la atención médica influyó en la relación entre usted y el/la paciente? Sí No

Reclamando nuestros derechos: La Acción

9. ¿Cree usted que debemos asegurarnos de que todos los neoyorquinos reciban la atención médica que necesiten? Sí No

10. ¿Cree usted que recibir atención médica es un derecho humano? Sí No

a) ¿Cree usted que nuestro gobierno tiene la obligación de proteger el derecho humano a la salud? Sí No No estoy seguro(a)

b) ¿Cree usted que el derecho humano a la salud está protegida en Nueva York? Sí No No estoy seguro(a)

11. ¿Cree que usted tiene derecho a participar en las decisiones de nuestro sistema de salud? Sí No

Responsabilidades del gobierno: la solución

12. ¿Qué piensa usted sobre la idea de que haya cuidado médico universal, que fuese financiado públicamente por nuestros impuestos en vez de pagar primas/cuotas y deducibles a aseguradores y proveedores de seguros médicos? Este tipo de cobertura podría permitir que usted elija a su doctor y hospital. Muchas veces se denomina como "sistema de pagador único" o una versión mejorada de Medicare para Todos. Me gusta No me gusta No estoy seguro(a)

a) Si usted pudiera cambiar algo sobre nuestro sistema de salud, qué sería?

¿Hay algún otro comentario que quiera añadir?

Sobre usted (esta parte nos ayudará a analizar los resultados de la encuesta)

Cómo describe su género? Mujer Hombre Transgénero
 Otro _____

Cómo describe su raza o grupo étnico? Blanco(a) Negro (a) Afroamericano(a)
 Asiático(a)
 Latino(a) Nativo(a)/indígena(a)
 Otro _____

¿Cual es su edad?: _____

¿En cuál condado vive? ¿Cual es su código postal? _____

¿Es usted médico? Sí No
 Si es así, ¿en cuál campo? _____

¡Gracias por llenar esta encuesta!

¿Le interesa involucrarse?

No es necesario que nos dé su información personal para participar en la encuesta, ya que puede ser anónima. Sin embargo, si usted quiere involucrarse en la Campaña para Salud de Nueva York de alguna manera, como por ejemplo compartiendo su experiencia, necesitamos alguna forma de comunicarnos con usted.

Nombre _____ **Teléfono** _____
Dirección _____
Correo electrónico _____

Si, quiero saber más información sobre la campaña de Salud Nueva York
 Si, me quiero involucrar [] Si quiero involucrar a mis amigos y/o familiares [] Tomó peticiones

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted? Teléfono Correo electrónico Mensaje de texto

¿Estaría dispuesto(a) a permitir que la Campaña del Seguro de Nueva York comparta su experiencia en cartas, notas de prensa, campañas de medios sociales? (nos comunicaremos con usted de antemano).
 Sí No Quizás

Si, comparto mi experiencia en video OnStack

Cita de encuentro: _____ Hora _____
Lugar _____

Esta encuesta fue recibida por

Organizador: _____ Lugar: _____ Fecha _____

Por favor regresar esta encuesta a:

Campaign for NY Health
c/o Metro Justice
1115 E. Main St. **A207**
Rochester, NY 14608

Por favor ingresar los resultados de la encuesta: www.nhcampaign.org/canvassing

