



Encuesta de evaluación de las necesidades de los adultos mayores y adultos con discapacidades 2024

Sección 1. Presentación

El Consejo de Gobiernos de Rogue Valley es la agencia local sobre envejecimiento para los Condados de Jackson y Josephine. El Departamento de Servicios para Personas de la tercera edad y Discapacitados y el Departamento de Nutrición para Adultos mayores atienden a adultos mayores y adultos con discapacidades y cada cuatro años realizan una evaluación de las necesidades del área. Lo invitamos a compartir con nosotros su experiencia y opiniones al llenar esta encuesta. Su opinión nos ayudará a planificar las necesidades futuras de los adultos mayores y adultos con discapacidades. Usaremos la información que nos brinde para priorizar los programas, servicios y apoyo en nuestro Plan Estratégico para el periodo 2025 a 2029.

Llenar esta encuesta le tomará unos 15 minutos de su tiempo. No se recolectará información personal y sus respuestas son confidenciales. Al completar la encuesta, le preguntaremos si desea participar en el sorteo de una tarjeta de regalo VISA de \$50. **Esta encuesta se cierra el 1 de marzo de 2024.** ¡Agradecemos mucho su opinión!

Para realizar la encuesta en inglés, utilice el enlace o el código QR a continuación

Enlace: <https://www.surveymonkey.com/r/PXTFY98>

O use este código QR:



Envíe las encuestas en papel completadas a:

Senior and Disability Services
Rogue Valley Council of Governments
P. O. Box 3275 Central Point, OR 97502

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, contáctese con:

LeAnne Turnbull
541-423-1373
lturnbull@rvcog.org

Sección 2: Condado

1. ¿En qué condado vive actualmente?

- Condado de Jackson Condado de Josephine
 Otro (especifique): _____

Si respondió "otro", no continúe.

Sección 3. Hogar / Situación de vivienda

2. ¿Dónde vive actualmente?

- Mi propia casa o apartamento En una casa o apartamento de alquiler
 En casa de un familiar o amigo En un centro de atención residencial
 En un centro de acogida de adultos En un centro de enfermería especializada [para el convaleciente]
 En un centro de vivienda asistida Actualmente sin techo
 Otro (especifique): _____

3. Número de personas en el hogar o la vivienda, incluido usted mismo: _____

4. Si vive con otra persona, marque las opciones que correspondan.

- Hijos o nietos
 Cónyuge
 Pareja sentimental/Pareja
 Amigo
 No es mi caso
 Otro (especifique): _____

5. ¿Por qué razón(es) vive con otros? (Marque las opciones que correspondan)

- Por sus propias necesidades financieras Por necesidades de salud de ellos
 Por sus propias necesidades de salud Por necesidades financieras de ellos
 Por compañía No aplicable
 Otro (especifique): _____

Sección 4. Transporte

6. ¿A qué tipo de actividades va? (Marque todas las que correspondan.)

- Médico/Dentista/visión/Audición Iglesia
 Compras Pagar cuentas
 Recreación Banco
 Otro (especifique): _____

7. ¿Recibe asistencia para transporte?

Sí No

8. Si marcó sí, ¿quién lo ayuda actualmente con el transporte? (Marque las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Distrito de Transporte de Rogue Valley (bus) |
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Valley Lift |
| <input type="checkbox"/> Call-A-Ride | <input type="checkbox"/> Taxi/Uber/Lyft |
| <input type="checkbox"/> Transporte público comunitario de Josephine | <input type="checkbox"/> Voluntario(s) |
| <input type="checkbox"/> Dial-A-Ride del Condado de Josephine | <input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia – Transporte médico no de emergencia |

Otro (especificar): _____

9. ¿Deja de realizar sus actividades por problemas de transporte?

- Con frecuencia Algunas veces Nunca

Sección 5. Fuentes de información y asistencia

10. Las personas recurren con frecuencia a una variedad de recursos para conseguir información sobre servicios que podrían necesitar o querer. ¿Qué medios usa principalmente para conseguir información sobre servicios o recursos? (Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AARP (American Association of Retired Persons) | <input type="checkbox"/> Periódico/radio/TV |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recursos para Envejecimiento y Discapacidad (ADRC) | <input type="checkbox"/> Directorio telefónico/páginas amarillas |
| <input type="checkbox"/> Iglesia/comunidad religiosa | <input type="checkbox"/> Guía de recursos |
| <input type="checkbox"/> Mesas de recursos comunitarios en eventos | <input type="checkbox"/> Centro para personas mayores |
| <input type="checkbox"/> Oficinas del Condado o Estado | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Familia/amigos/vecinos | <input type="checkbox"/> Nextdoor (comunidad en línea) |
| <input type="checkbox"/> Hospital/profesional de la salud/clínica | <input type="checkbox"/> Centro comunitario o cultural |
| <input type="checkbox"/> Internet/computadora | <input type="checkbox"/> Programa de entrega de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Centro de llamadas 211 |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> No sé a quién preguntar |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> No me contacto con nadie |

11. Si ha usado el Centro de Recursos para Envejecimiento y Discapacidad (ADRC), en términos generales ¿qué tan útil fue el servicio?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extremadamente útil | <input type="checkbox"/> Ligeramente útil |
| <input type="checkbox"/> Muy útil | <input type="checkbox"/> No del todo útil |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente útil | <input type="checkbox"/> No he usado ADRC |

Sección 6. Salud y bienestar

12. ¿Cómo calificaría su salud física?

- Excelente Regular
 Buena Mala

13. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

- Excelente Regular
 Buena Mala

14. ¿Se siente socialmente aislado?

- Sí No Indeciso

15. ¿Siente soledad?

- Sí No Indeciso

16. ¿Puede pagar todos sus medicamentos?

- Sí No No sé

17. ¿Tiene una directiva anticipada?

- Sí No No sé

18. ¿Tiene una Orden médica de tratamiento para el sustento de vida (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)?

- Sí No No sé

19. ¿A qué servicios de salud que necesita NO tiene acceso? (Marque todos los que correspondan)

- Salud alternativa Oftalmólogo
 Dentista Salud mental
 Médico Terapia física/ocupacional

20. ¿Qué barreras ha experimentado para acceder a servicios médicos? (Especifique)

21. ¿Ha tenido dificultad para encontrar un: (Marque todas las que correspondan):

- Profesional de la salud de atención primaria
 Especialista
 Profesional de la salud mental
 Profesional de la salud dental
 Otro (especifique): _____

22. ¿No ha podido ir a un profesional de la salud porque no aceptaba Medicaid / Plan de Salud de Oregon (OHP)?

Sí No No aplicable

23. ¿No ha podido ir a un profesional de la salud porque no aceptaba su Medicare o Medicare Advantage Plan?

Sí No No aplicable

24. ¿Se le han hecho chequeos médicos anuales? Sí No

25. ¿Se ha sometido a procedimientos de evaluación médica o detección en los últimos cinco años por las siguientes condiciones? (Marque todas las que correspondan)

Enfermedad cardíaca Cáncer de mama (mamografía)
 Presión sanguínea alta o baja Cáncer de próstata
 Cáncer colorrectal Evaluación de salud mental
 Diabetes

26. ¿Ha recibido las siguientes vacunas en el último año? (Marque todas las que correspondan)

Influenza
 Virus sincitial respiratorio (respiratory syncytial virus, RSV)
 Herpes Zóster (culebrilla)
 COVID-19
 Neumonía

27. ¿Sabe que los beneficios de Medicare pueden cubrir todas o parte de las evaluaciones médicas y vacunas?

Sí No

28. Por favor indique qué tanta preocupación siente actualmente acerca de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda)

	No preocupado	Un poco preocupado	Algo preocupado	Muy preocupado
Me preocupa tener suficiente dinero para vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa estar saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa tener suficiente para comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa tener que depender de otra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa perder mi vivienda (ejm: finanzas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No preocupado	Un poco preocupado	Algo preocupado	Muy preocupado
Me preocupa tener que dejar mi vivienda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa sentirme solo y sin amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa ser víctima de un crimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me preocupa perder la memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas (Especifique)				

29. Durante el año pasado, ¿ha utilizado alguno de los siguientes programas de alimentos? (Marque todos los que correspondan)

- Sitios de comida para personas mayores
- Entrega de comidas a domicilio
- Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)
- Banco de alimentos. [Despensas de víveres gratuitos]
- Mercado de vegetales gratis
- Otro (especifique) _____

Sección 7. Cuidar y recibir cuidados

30. ¿Actualmente usted brinda cuidados a: (marque todos los que correspondan)

- Un ser querido que envejece
- Padre/Madre
- Adulto con discapacidad
- Niño
- Otro (especifique)
- Nieto
- Cónyuge/Pareja
- Amigo
- Vecino

31. Si actualmente usted brinda atención a otra persona, marque el número de horas no pagadas de cuidados que usted brinda en una semana promedio:

- Hasta 8 horas por semana
- De 9 a 19 horas por semana
- De 20 a 39 horas por semana
- 40 o más horas por semana

32. ¿Algún pariente, amigo o familiar le ayuda actualmente con sus tareas?

- Sí No

33. Si usted recibe actualmente atención de otra persona, marque el número de horas de atención no pagada que usted recibe en una semana promedio:

- Hasta 8 horas por semana
 De 9 a 19 horas por semana
 De 20 a 39 horas por semana
 40 o más horas por semana

34. Si usted actualmente recibe atención de otra persona, marque el número de horas de atención pagada que usted recibe en una semana promedio:

- Hasta 8 horas por semana
 De 9 a 19 horas por semana
 De 20 a 39 horas por semana
 40 o más horas por semana

35. Si usted recibe atención pagada, ¿cuál es la fuente de los fondos? (Marque todo lo que corresponda)

- Pago particular o por cuenta propia
 Fondos públicos
 Seguro

36. ¿Recibe suficiente ayuda para realizar sus tareas?

- Sí No

37. Si usted no puede recibir la cantidad de cuidados necesarios, ¿cuál de las siguientes opciones se aplican a su caso? (Marque todo lo que corresponda)

- Número insuficiente de cuidadores en mi localidad
 No entiendo cómo se contrata a un cuidador
 Experiencia negativa previa con un cuidador
 No me siento cómodo pidiendo ayuda
 Problemas de seguridad
 Otro, especifique: _____

38. Si no recibe suficiente ayuda para hacer sus tareas, ¿con qué tareas usted necesita ayuda? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Limpieza de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Compras |
| <input type="checkbox"/> Higiene/apariencia personal | <input type="checkbox"/> Preparación de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Vestirme/arreglarme | <input type="checkbox"/> Manejo de los medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Hacer del baño o evacuar u orinar | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Cognición [habilidad para aprender, prestar atención, memorizar, razonar, comprender, etc.] | |
| <input type="checkbox"/> Movilizarse/Gaminar/trasladar o cambiarse de lugar | |

Sección 8: Vivienda

39. ¿Prefiere vivir en su vivienda actual mientras pueda hacerlo de forma segura?
 Sí No

40. ¿Tiene un plan de dónde va a vivir a medida que envejece?
 Sí No

Si usted renta una vivienda, responda las preguntas 41 y 42.

41. ¿Ha tenido recientemente problemas para encontrar un alquiler de bajo costo?
 Sí No

42. ¿Se encuentra actualmente en la lista para recibir ayuda de renta?
 Vivienda para personas mayores Vivienda de la Sección 8 ¿Por cuánto tiempo?

Si usted es dueño de su propia casa, responda la pregunta 43.

43. ¿Es para usted un problema el costo del arreglo y mantenimiento de su casa?
 Sí No

44. ¿Su residencia actual necesita reparaciones, modificaciones o cambios considerables de manera que le permita permanecer en su hogar a medida que envejece?
 Sí No No aplicable

45. Si marcó Sí, ¿qué modificaciones necesitaría su vivienda actual?

Modificación necesaria	¿No/Sí?	¿Planea hacer este cambio? ¿No/Sí/no aplicable?
Mejor enfriamiento en verano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Mejor calefacción en invierno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Climatización, como aislante y ventanas con doble vidrio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Acceso más fácil para ingresar o dentro de casa, como una rampa, telesilla, espacio para silla de ruedas o elevador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Electrodomésticos que funcionen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable

Modificación necesaria	¿No/Sí?	¿Planea realizar este cambio? ¿No/Sí/no aplicable?
Modificaciones en el baño, como barra de apoyo, pasamanos, taza de baño o un inodoro alto o baldosas/losetas antideslizantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Eliminación de problemas con insectos, roedores u otras plagas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Cambios estructurales o reparaciones mayores, como un nuevo techo / tejado o nuevas tuberías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable
Cambios para mantener el humo fuera de la vivienda durante la estación de incendios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable

46. Especifique la razón principal de no planificar realizar las modificaciones indicadas en la Pregunta 45:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No puedo pagarlas | <input type="checkbox"/> No confío en nadie para hacerlas |
| <input type="checkbox"/> No puedo encontrar información para hacer el cambio | <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si aún estaré en la vivienda |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacerlas yo mismo | <input type="checkbox"/> No las necesito verdaderamente |
| <input type="checkbox"/> No puedo encontrar un contratista/trabajadores | <input type="checkbox"/> No puedo hacer cambios, rento la vivienda |
- /Otros que las hagan
- No puedo ir a la ferretería/tienda de herramientas o suministros
- Otro (especifique): _____

47. ¿Hay algo más que necesita modificación en su vivienda que le permita quedarse a medida que envejece? ¿Qué es?

Sección 9: Preparación para desastres

48. ¿Tiene algún familiar o amigo que viva cerca, que podría ayudarlo durante una emergencia (incendio, inundación, terremoto, etc.?)

- Sí No

49. ¿Necesitaría ayuda para evacuar su vivienda durante una emergencia o desastre natural?

Sí No

50. Usted puede inscribirse en el Registro de Desastres si cree que necesitaría ayuda para llegar a un lugar seguro durante una emergencia. ¿Conoce el Registro de Desastres?

Sí No Estoy inscrito en el Registro de Desastres

51. ¿Quiere recibir más información sobre el Registro de Desastres antes de inscribirse?

Sí No

Si marcó Sí, por favor comuníquese con Senior and Disability Services (Servicios para Personas mayores y Discapacidad) del Consejo de Gobiernos de Rogue Valley al 541-423-1373 o visite www.RVCOG.org.

Sección 10: Servicios

52. Abajo encontrará una lista de algunos de los servicios disponibles en Rogue Valley. Marque todos los que conoce o ha usado.

Servicio	Conozco	He usado
Servicios de Protección de Adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centros de atención (Hogares de Acogida para Adultos, Centros de Vivienda Asistida, Centros de Atención Residencial, Centros de Cuidados Especializados, Hospicio/Cuidados paliativos para enfermos terminales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitación de cuidadores y apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejo propio de enfermedad crónica/ dolor/ diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitación en seguridad para conductores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de apoyo para la demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutela / Curatela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia para calefacción y servicios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrega de comidas a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitios de comida para personas mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia para vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios	Conozco	He usado
Suministros o artículos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información de Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de consejería en salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNAP (Cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupos de apoyo (como para Alzheimer, duelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia para preparar declaración de impuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificaciones en la vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia con sus recetas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de riesgos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Mencione otros servicios que usted quiere que sean ofrecidos en los Condados de Jackson o Josephine.

1

2

3

4

5

Sección 11: Datos demográficos

54. ¿Qué edad tiene?: _____

Por favor, continúe en la siguiente página

55. ¿Cuál es su identidad racial o étnica?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Esloveno |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Latino/Hispano | <input type="checkbox"/> Medio Oriente |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |

56. Usted se identifica como: (marque una opción)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Asexual |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Atracción/amor entre personas del mismo género |
| <input type="checkbox"/> Homosexual | <input type="checkbox"/> No sé lo que están preguntando |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Pansexual | |
| <input type="checkbox"/> Queer | |
| <input type="checkbox"/> No mencionado, especifique _____ | |

57. ¿Cómo se describe actualmente? (marque una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | |
| <input type="checkbox"/> Mujer | |
| <input type="checkbox"/> No binario/Sin género | |
| <input type="checkbox"/> Intersexual | |
| <input type="checkbox"/> Hombre transgénero | |
| <input type="checkbox"/> Mujer transgénero | |
| <input type="checkbox"/> No mencionado, especifique: _____ | |
| <input type="checkbox"/> No sé lo que están preguntando | |
| <input type="checkbox"/> No quiero responder | |

58. Cuando nació, ¿qué sexo le asignaron?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Intersexual | |
| <input type="checkbox"/> No mencionado, especifique _____ | |

59. Discapacidades funcionales

Sus respuestas ayudarán a identificar las diferencias en salud y servicios entre las personas con dificultades funcionales o sin ellas.

	Sí	No	No sé	No quiero responder	No sé lo que están preguntando
¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	No sé	No quiero responder	No sé lo que están preguntando
¿Es usted ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso usando anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debido a una condición mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene serias dificultades para aprender a hacer cosas que la mayoría de personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	No sé	No quiero responder	No sé lo que están preguntando
Usando su lenguaje habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para entender a otros o hacerse entender)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para salir solo, como ir al consultorio médico o de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: estado de ánimo, sentimientos intensos, control de su conducta o experimenta delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna discapacidad escondida o invisible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Está jubilado?

Sí No Prefiero no responder

61. Por favor, indique su ingreso mensual:

- \$608 y menos
- De \$609 a \$1215
- De \$1216 a \$1823
- De \$1824 a \$2430
- \$2431 y más

62. ¿Es usted veterano?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

63. ¿Cuál es el principal idioma que se habla en casa?

- Inglés
- Español
- Otro, especifique _____

64. Todos los que han llenado la encuesta pueden participar en el sorteo de una tarjeta de regalo VISA de \$50. Si desea participar en el sorteo, por favor llene el siguiente cuadro:

Nombre _____
Dirección _____
Correo electrónico _____

¡GRACIAS POR LLENAR LA ENCUESTA!

Sus respuestas nos serán muy útiles a medida que realizamos planes para servirlo mejor a usted y nuestra comunidad en Rogue Valley

Por favor, envíe la encuesta completa a:

LeAnne Turnbull
RVCOG
P. O. Box 3275
Central Point, OR 97502