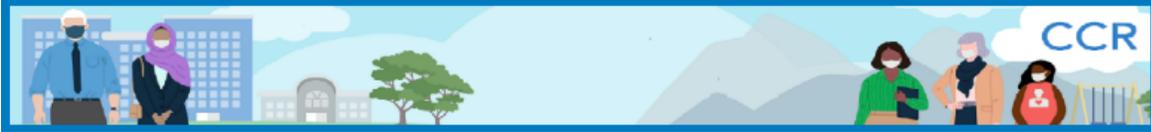


## Attachments 4 – DP21-2109 Recipient Spanish Survey (screenshots)



Español (América Latina) ▾

Form Approved OMB No. XXXX-XXXX  
Expiration Date: XX/XX/XXXX

### **Encuesta para beneficiarios del financiamiento para el proyecto “Promotores de la Salud (CHWs, por sus siglas en inglés) para Respuesta ante el COVID y Comunidades Resilientes (CCR)**

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), en colaboración con los beneficiarios del programa CCR-Evaluación y Asistencia Técnica (también conocido por sus siglas en inglés, ETA), están evaluando la implementación y los resultados del programa CCR en los beneficiarios de CCR DP21-2109. Esta encuesta hace preguntas sobre la implementación de su programa CCR desde sus inicios en agosto de 2021.

El objetivo de esta encuesta es comprender mejor la administración e implementación de los programas CCR. Los resultados ayudarán a los CDC a comprender los retos y facilitadores a nivel programático para la implementación de las actividades de CCR. Por lo tanto, su opinión es extremadamente importante para nosotros.

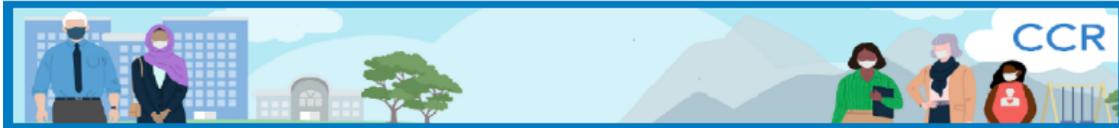
Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de la encuesta, comuníquese con Tabeth Jiri al 617-385-3618 o [tabeth\\_jiri@jsi.com](mailto:tabeth_jiri@jsi.com). Si tiene problemas técnicos para completar la encuesta, comuníquese con Mihaly Imre, 617-385-3767, [mihaly\\_imre@jsi.com](mailto:mihaly_imre@jsi.com).

**Responda a esta encuesta de acuerdo con el trabajo realizado por su programa durante los tres años de implementación de CCR (es decir, desde agosto de 2021 hasta hoy).**

**Completar esta encuesta tardara aproximadamente 25 minutos.**

#### **Gracias por su participación.**

El tiempo de trabajo estimado para esta recolección de información es de 25 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, revisar fuentes de información, recolectar datos, completar y revisar la recolección de la información. Ninguna agencia puede administrar o requerir que una persona responda una recolección de información que no incluya un número de control OMB actualizado. Envíe comentarios sobre el tiempo de trabajo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo cualquier sugerencia para reducir el tiempo de trabajo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (XXXX-XXXX).



Español (América Latina) ▾

### ¿Quién debe completar esta encuesta?

La persona que está más familiarizada con las operaciones diarias del programa CCR (por ejemplo, director/a de proyecto, gerente de proyecto).

### Consentimiento

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Si decide participar, puede omitir cualquier pregunta que no desee responder. Los resultados de la encuesta se mantendrán en un lugar seguro en nuestras oficinas y solo el equipo de evaluación tendrá acceso a las respuestas. La información será analizada y reportada por región geográfica, de tal manera que no se pueda identificar a ninguna persona individual.

### ¿Le gustaría completar la encuesta?

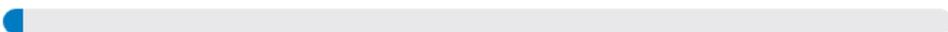
Sí, doy mi consentimiento para completar la encuesta

No, no quiero completar la encuesta

No, no creo que sea elegible para completar la encuesta



0%



100%



Español (América Latina) ▼

## Instrucciones y definiciones

**¿Qué período de tiempo se está evaluando?** Estamos recopilando información sobre la implementación completa de CCR desde que comenzó en agosto de 2021. *Todas las respuestas deben reflejar desde agosto de 2021 (o la fecha en la que usted fue contratado/a después de esa fecha) - a la fecha de la administración de esta encuesta.*

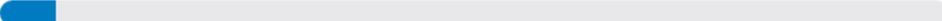
**¿Qué queremos decir con “Promotores de la salud” o “CHW” (por sus siglas en inglés)?** A los trabajadores de salud pública de primera línea que son considerados miembros de confianza en las comunidades a las que sirven y que entienden a fondo la identidad étnica, el idioma, el nivel socioeconómico y las experiencias de vida de estas comunidades (American Public Health Association, 2022). Este título también incluye a las personas que se les ha otorgado el título de “trabajadores comunitarios de la Salud” o “representantes de salud comunitaria”.

**Cuando conteste las preguntas, ¿sobre cuáles CHWs deben reportar las personas que contestan la encuesta?** Las personas que contestan la encuesta deben informar sobre CHWs que son o han sido financiados (total o parcialmente) por el programa CCR DP21-2019 durante por lo menos un año. Incluya CHWs que fueron financiados y trabajaron para su agencia directamente y aquellos que fueron subcontratados (ya sea directamente o a través de otra agencia).

**¿Qué queremos decir con “Equivalente de Tiempo Completo” (FTE, por sus siglas en inglés)?** FTE se refiere a equivalente de tiempo completo. Un Equivalente de Tiempo Completo (1.0 FTE) se refiere a un puesto de trabajo de 40 horas por semana, mientras que medio FTE (0.5 FTE) se refiere a un puesto de trabajo de 20 horas por semana.

**¿Qué queremos decir con “referir”?** Por "referir" queremos decir recomendar o dirigir la atención de un participante del programa a una fuente de ayuda o información, como atención médica o servicios sociales, o conectar directamente al participante con dichos servicios.



0%  100%



Español (América Latina) ▼

### Información sobre Empleador y Cargo Actual para CCR

1. ¿A qué organización beneficiaria de CCR representa usted?

2. ¿Cuál es su puesto/cargo actual en el programa CCR?

Director/a del Programa

Coordinador/a del Programa

Investigador/a principal

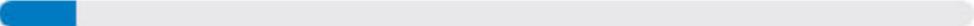
Otro (especifique)

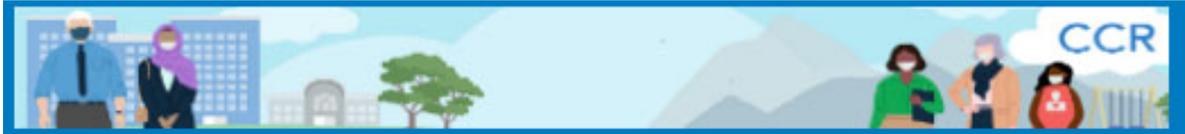
3. ¿Cuánto tiempo ha trabajado con su organización? Esto podría ser un periodo más largo de lo que ha trabajado con el programa CCR. Por favor ingrese el número de años y meses.

Años

Meses



0%  100%



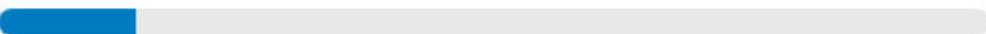
Español (América Latina) ▼

### Administración de CCR

4. Indique la cantidad de fondos federales (no incluya fondos de CCR), estatales, tribales, sin fines de lucro, universitarios y/o de otro tipo que contribuyeron a su programa de CCR durante el período de financiación de 3 años. No incluya recursos en especie. Por favor incluya todos los fondos recibidos desde agosto de 2021. Si usted no recibió ningún tipo de financiación adicional a CCR, ingrese "0" en la columna de la cantidad recibida.

|   | Cantidad recibida para todos los años del programa |
|---|--|
| <b>Fuente de financiamiento</b>   |  |
| Fondos federales (No incluya los fondos que recibió para CCR del CDC)   | <input type="text"/>                               |
| Fondos estatales  | <input type="text"/>                               |
| Fondos tribales   | <input type="text"/>                               |
| Fondos locales (que no son sin fines de lucro)  | <input type="text"/>                               |
| Fondos de organización sin fines de lucro (ej. fundación local)   | <input type="text"/>                               |
| Fondos de universidades (ej. fondos de subvenciones, fondos internos de la universidad)                                       | <input type="text"/>                               |
| Otras fuentes de financiamiento: especifique o ingrese "0" si no hay otras fuentes de financiamiento:<br><input type="text"/> | <input type="text"/>                               |



0%  100%



Español (América Latina) ▾

**5. ¿Qué factores le ayudaron a implementar su programa de CCR? Incluya factores que ayudaron a su organización y a sus socios u entidades que financió o subcontrató.**

**Por favor marque todos los que apliquen.**

Teníamos un programa de CHW antes de recibir los fondos de CCR.

Teníamos personal con experiencia en la supervisión de CHWs antes de recibir los fondos de CCR.

Teníamos una descripción del trabajo de CHW antes de recibir los fondos de CCR.

Teníamos relaciones existentes con socios que ahora son parte de nuestros esfuerzos de CCR.

Tuvimos capacitación de CHW disponible en nuestro estado que se estableció antes de recibir los fondos de CCR.

Tuvimos capacitación sobre COVID-19 en nuestro estado que se estableció antes de que recibiéramos fondos de CCR.

Teníamos experiencia trabajando con las poblaciones de enfoque que seleccionamos para nuestro programa CCR.

Teníamos una relación establecida con un evaluador o socio de evaluación.

Contábamos con mecanismos para contratar CHWs rápidamente.

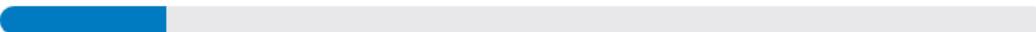
Teníamos la experiencia cultural y lingüística necesaria para involucrar a las poblaciones de enfoque para el programa de CCR.

Teníamos una conexión existente con asociaciones regionales o locales de CHW.

Otro (por favor describa)



0%



100%



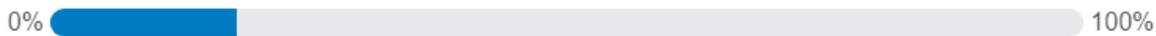
Español (América Latina) ▾

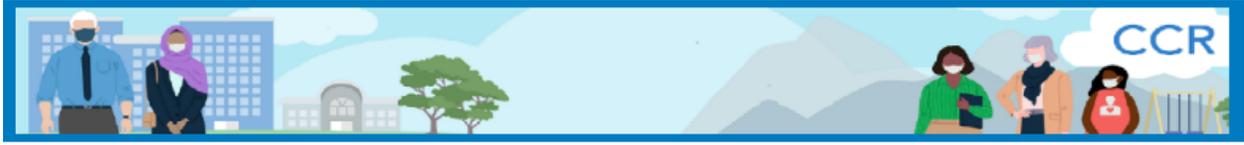
**6. ¿Qué retos programáticos y de administración han obstaculizado la implementación de su programa CCR? Incluya los retos experimentados por su organización y/o para sus organizaciones asociadas que usan fondos de CCR.**

**¿Qué tan retardores fueron los siguientes problemas programáticos para su organización y/o sus organizaciones asociadas que usan fondos de CCR? Si no experimentó un reto específico, seleccione "no fue un reto". Marque solo una casilla por fila.**

|  | No fue un reto        | Un pequeño reto       | Un reto moderado      | Un gran reto          |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Reclutar y contratar CHW para el programa CCR  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reclutar y contratar personal que no sea CHW para el programa CCR  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rotación de CHWs contratados para el programa CCR  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rotación de personal que no es CHW contratados para el programa CCR  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gastar/usar los fondos del programa de CCR   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reorganización de la agencia beneficiaria de CCR   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Establecer contratos con organizaciones asociadas  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Capacitar el personal sobre el COVID-19  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Capacitar el personal sobre competencias básicas de los CHWs   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Colaboración con socios  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identificar los servicios sociales y médicos a los que podemos referir a los participantes/clientes/pacientes para obtener ayuda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vincular a los participantes/ clientes/pacientes con servicios                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hacer seguimiento de referidos hechos por CHWs para ver si se completaron       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desarrollar el plan de evaluación y medición del desempeño                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evaluar el programa CCR   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recopilar y reportar las medidas del desempeño (performance measures) a los CDC | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Naturaleza cambiante de la pandemia de COVID                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identificar y desarrollar casos de exitosos (success stories)                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conectividad/acceso a Internet/tecnología                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Integración de CHWs en los equipos de salud pública                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Integración de CHWs en los sistemas/equipos de atención médica                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Garantizar la seguridad del personal en el contexto de COVID                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otro (por favor describa):  |                       |                       |                       |                       |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





Español (América Latina) ▾

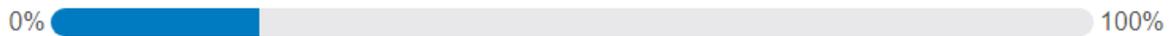
**7a. ¿Existen mecanismos de reembolso para los servicios de CHW en su área/estado? No incluya los fondos de CCR.**

Sí

No

No estoy seguro/a

Por favor explique:

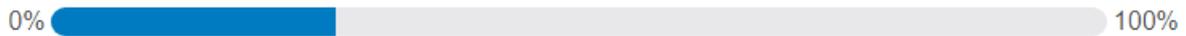


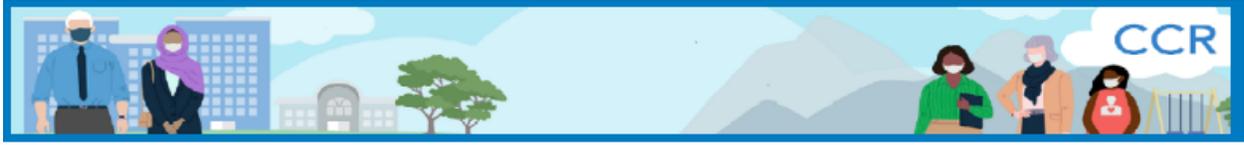


Español (América Latina) ▾

**7b. Por favor, indique las entidades que ofrecen reembolso por los servicios de CHW en su área/estado.**

|  | Sí                    | No                    | No estoy seguro/a     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Programa estatal de Medicaid   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Organizaciones de atención medica administrada (Managed Care Organizations)                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cobertura voluntaria por planes privados de salud  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sistemas de pago prospectivo de los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, por sus siglas en inglés) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fondos generales del estado  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fondos provenientes de impuestos de bienes raíces de un condado o estado                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Clínicas tribales IHS/638  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Servicio de Salud Indígena (IHS)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





Español (América Latina) ▾

### Infraestructura organizacional

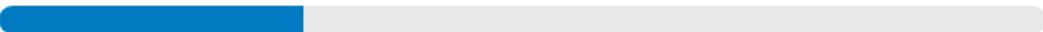
**8a. ¿A cuántos supervisores de CHW financia usted, ya sea directa o indirectamente (por ejemplo, por contrato)? Por “financia” nos referimos a los supervisores que están total o parcialmente financiados a través de sus fondos de CCR sin importar si trabajan medio tiempo o tiempo completo en el CCR. Ingrese el número total de supervisores de CHW.**

insertar #

**8b. ¿Cuál es el número total de supervisores FTE representados por esos supervisores? Por favor agregue el número de FTEs. Por ejemplo, si su programa tiene tres 1.0 FTE y dos 0.5 FTE, ingrese 4.0**

insertar #



0%  100%



Español (América Latina) ▾

**8c. Indique el número de supervisores de CHWs involucrados en su programa CCR que posean las siguientes características (tenga en cuenta que un supervisor de CHW puede contarse en varias categorías):**

Supervisores que han sido o que actualmente son CHWs

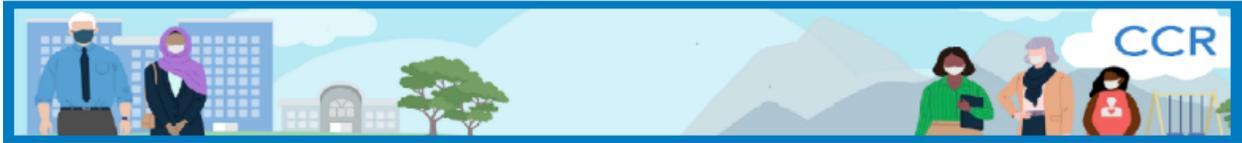
Supervisores que tienen experiencia previa supervisando CHWs (antes del inicio de CCR)

Supervisores que tienen experiencia previa (antes de la financiación de CCR) trabajando con CHWs

Supervisores que han recibido capacitación relacionada con la profesión de CHW

Supervisores que han recibido capacitación sobre cómo trabajar o supervisar CHWs





Español (América Latina) ▾

### Poblaciones de enfoque

**9. Seleccione las poblaciones de enfoque/comunidades con las que trabaja o con las que ha trabajado para la implementación de las actividades de CCR. Por favor seleccione todas las respuestas que correspondan.**

Comunidades raciales/étnicas (seleccione todas las que correspondan)

Hispana/Latina

Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico

Blanca

Nativa americana/nativa de Alaska

Afroamericana/Negra

Afrocaribeña

Africana

Del Medio Oriente

Asiática

No listada. Por favor especifique:

Comunidades definidas de otras maneras (seleccione todas las que correspondan)

Hombres

Mujeres

Personas de género no conforme/no binarias/transgénero

Personas mayores (65 años o más)

Niños

Personas que se identifican como LGBTQ+

Personas con desventajas económicas

Personas involucradas con el sistema de justicia

Personas sin hogar (o que no tienen hogar/sin albergue)

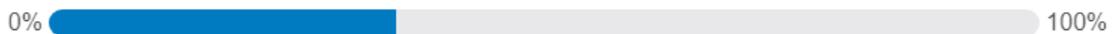
Personas con discapacidades psiquiátricas o de salud mental

Personas con trastorno por consumo de sustancias

Personas que no hablan inglés

Personas con discapacidades físicas

Otra (por favor describa):



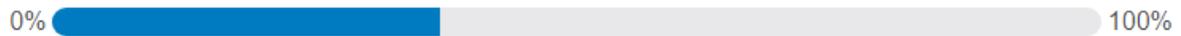


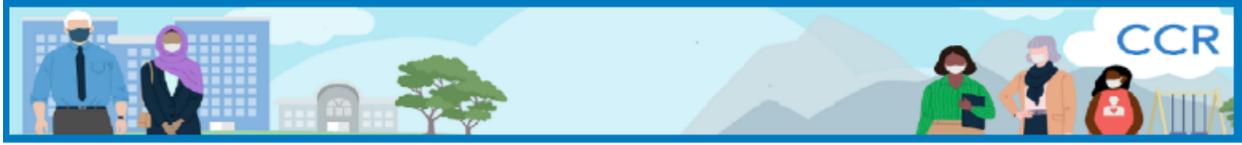
Español (América Latina) ▾

10a. ¿Es posible que usted pueda reportar las áreas geográficas donde implementa el CCR por código postal?

Sí

No

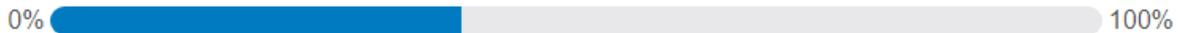




Español (América Latina) ▾

10b. Indique los códigos postales en los que está implementando o ha implementado actividades de CCR para llegar a las poblaciones de enfoque. Indique todos los códigos postales para todas las poblaciones de enfoque combinadas. \*Nota: El siguiente sitio web puede ser útil para localizar códigos postales: <https://www.unitedstateszipcodes.org/>

10c. Indique los condados/municipios en los que está implementando o ha implementado actividades de CCR para llegar a las poblaciones de enfoque. Enumere todos los condados/municipios para todas las poblaciones de enfoque combinadas.





Español (América Latina) ▾

## Definición y funciones principales de los CHW en CCR

**11a. ¿Tiene su organización una definición escrita de CHW? Elija una de las siguientes.**

Definición textual o similar de la [American Public Health Association \(APHA\)](#). Por "similar", queremos decir que la definición de APHA fue la base para la definición de su organización, pero se ha cambiado alguna redacción.

Otra definición (no basada en la definición de APHA). Por favor describa:

Ninguna definición en absoluto

**11b. ¿Tienen sus socios/aliados financiados por CCR una definición escrita de CHW?**

Ninguno de nuestros socios

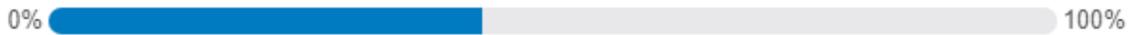
Algunos de nuestros socios

La mayoría de nuestros socios

Todos nuestros socios

No financiamos socios para CCR

No lo sé





Español (América Latina) ▾

12a. ¿Tiene usted una descripción del trabajo y tareas/funciones definidas y documentadas para los CHWs en su programa?

Sí

No



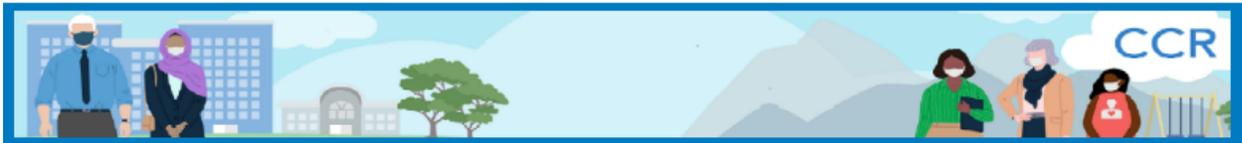


Español (América Latina) ▾

**12b. Indique cuales de las siguientes 10 roles fundamentales están incluidos en la descripción del trabajo o lista de funciones/tareas de los CHWs que están trabajando en su programa CCR. (Seleccione una opción para cada rol fundamental de CHW).** *Tenga en cuenta que las diez funciones principales a continuación fueron definidas por el Proyecto de Consenso Básico para Trabajadores de la Salud Comunitaria (Proyecto C3). Puede obtener más información sobre cada uno de estas funciones principales en su [sitio web](#).*

|  | Si                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <b>Rol Fundamental</b>   |                       |                       |
| Mediación cultural entre individuos, comunidades, y sistemas de servicio de salud y social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Educación e información culturalmente apropiada en materia de salud                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Coordinación de atención, manejo de casos y navegación del sistema                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Provisión de asesoría y apoyo social   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abogacía/abogar por individuos/as y comunidades  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desarrollo de capacidades individuales o comunitarias                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Provisión/Prestación de servicios directos   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asesoría individual y de comunidades   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alcance o extensión de la comunidad (divulgación)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Participación en evaluación e investigación  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





Español (América Latina) ▾

**13a. ¿Su programa de CCR ofrece un “modelo de capacitación de capacitadores (“train the trainer” o ToT)” de CHW? Por modelo ToT, queremos decir que su CCR está capacitando a los CHWs como capacitadores y luego esos CHW capacitan a otros CHWs.**

Sí

No:

No sé.

Por favor explique:



0%



100%



Español (América Latina) ▾

**13b. ¿Cuántos CHWs ha capacitado para ser capacitadores de otros CHWs como parte de su programa CCR desde el inicio del programa (agosto de 2021)?**

(insertar #) CHWs  
capacitados para ser  
capacitadores de otros  
CHWs





Español (América Latina) ▾

### Sostenibilidad de los CHW

Para esta pregunta, por favor ingrese el número total de puestos/empleos de CHW, incluidos los puestos contratados directamente por su organización con fondos de CCR y los puestos contratados por organizaciones asociadas que usan fondos de CCR. Por favor, cuente los "puestos/empleos", no las personas. Por ejemplo, digamos que una persona ocupa un puesto de CHW y luego lo deja por otro trabajo. Luego se contrata a una nueva persona para ese puesto. Usted reportaría esto como 1 puesto de CHW. Incluya puestos de medio tiempo y de tiempo completo. Por ejemplo, si una persona ocupa un puesto de tiempo completo y otra persona ocupa un puesto de medio tiempo, debe reportar esto como 2 posiciones de CHW. Solo cuente los puestos que se financian en su totalidad o en parte con fondos de CCR. Por ejemplo, si un puesto de tiempo completo se financia con un 50 % de fondos de CCR y un 50 % de fondos estatales, entonces cuente esto como 1 puesto. Si usted o sus socios no contratan ningún CHW con fondos de CCR, ingrese "0"

#### 14a. Para el CCR, ¿cuántos puestos/empleos de CHW se cubrieron con fondos del CCR?

(insertar #)  
puestos/empleos de  
CHW

14b. ¿Cuántos equivalentes a tiempo completo (FTE) representan estas posiciones de CHWs? Por ejemplo, si su programa tiene tres 1.0 FTE y dos 0.5 FTE, ingrese 4.0 posiciones de CHWS. Si no se financiaron posiciones de CHW, ingrese "0".

(insertar #) FTEs





Español (América Latina) ▾

**15a. ¿Después de que finalice la iniciativa CCR, su organización tiene planes de continuar empleando a alguno de los CHWs actualmente contratados con fondos de CCR? Por favor marque solo una casilla.**

Sí

No.

No sé

No aplica (No contratamos directamente a ningún CHW para CCR)

Por favor, explique





Español (América Latina) ▾

**15b. ¿Cuántos CHWs continuarán trabajando con su organización después de que finalice la iniciativa CCR? Ingrese el número de CHWs.**

(insertar #)

No sé. Por favor, explique:

**15c. ¿Qué recursos financieros o modelos de pago apoyarán a estos CHWs después de que finalice la iniciativa CCR? Por favor describa.**





Español (América Latina) ▾

**16. ¿Cuántos CHWs que trabajan en el programa CCR y reciben apoyo con fondos de CCR renunciaron a sus posiciones, independientemente del motivo, desde el inicio del programa? Por favor, ingrese el número de CHWs y el número de FTEs que representan. Por ejemplo, si dos 1.0 FTE y tres 0.5 FTE abandonaron sus posiciones, ingrese 5 para el número de CHWs y 3.5 para el número de FTEs.**

(insertar #) CHWS

(insertar #) FTEs





Español (América Latina) ▾

**17a. ¿En cuántos estados opera su organización?**

(insertar #) Número de estados:



Español (América Latina) ▾

**17b. Muchos estados tienen Certificación de CHW estatal. ¿El estado (o estados) en el que opera su organización tiene disponible la certificación estatal de CHW? Si su organización opera en varios estados, proporcione esta información para cada uno de esos estados.**

Indique Estado 1





Español (América Latina) ▾

**17c. ¿Cuántos CHWs\* obtuvieron la Certificación de CHW estatal durante o en preparación para la implementación de CCR?**

**\*Solo incluya CHWs: (1) contratados por su organización con fondos de CCR, (2) contratados a través de una organización asociada que usted financió y/o (3) contratados directamente a través de un contrato personal financiado con dólares de CCR. Por favor, ingrese el número de CHWs.**

(insertar #)





Español (América Latina) ▾

### Seguimiento a Referidos de Poblaciones de Enfoque a Servicios

18. ¿De qué manera los CHWs financiados por su programa CCR documentaron los referidos a servicios clínicos, sociales u otros? Por favor describa.

19. ¿Su organización documentó si se completaron los referidos para su programa CCR? Es decir, ¿realizó un seguimiento y documentó si las personas referidas a un servicio social y/o de salud ACCEDIÓ y UTILIZÓ ese servicio?

Sí

No. Por favor, explique:



0%  100%



Español (América Latina) ▾

20. ¿Cómo hizo seguimiento y documentó si se completaron los referidos (es decir, si la persona **UTILIZÓ** el servicio social y/o de salud al que se refirió)? Por favor seleccione todas las que correspondan.

Electrónico

En papel

Otro sistema

Por favor, explique:





Español (América Latina) ▼

Por favor no incluya los referidos de CCR y los esfuerzos de capacitación, ya que estos se están evaluando a través de las medidas de desempeño (performance measures) reportadas por su organización. Aquí estamos preguntando sobre actividades que no sean referidos ni capacitación, tales como esfuerzos de medios de comunicación (p. ej., redes sociales) o intervenciones (p. ej., programas de estilo de vida, programas de unidades móviles de salud) que están dirigidas a sus poblaciones de enfoque.

**21. ¿Cuáles de las siguientes condiciones de salud y determinantes sociales de la salud han sido abordadas por su programa de CCR?**

Condiciones de salud (marque todas las que correspondan):

- Intervenciones/estrategias de estilo de vida
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la artritis
- Manejo de la diabetes
- Manejo de condiciones respiratorias
- Salud materno-infantil
- Mejorar la actividad física
- Mejorar la alimentación saludable
- Salud mental y adicciones
- Otra:

Determinantes sociales de la salud (marque todos los que correspondan):

- Inseguridad en la vivienda
- Inseguridad alimentaria
- Inestabilidad económica
- Falta de acceso a atención médica
- Falta de acceso a alimentos nutritivos
- Racismo y/u otras formas de discriminación
- Transporte
- Otro





Español (América Latina) ▼

Este es el final de la encuesta. Si desea realizar un cambio, por favor hágalo ahora. Una vez que haya hecho click en "enviar" no podrá regresar a modificar sus respuestas.  
¡Gracias!



Submit

