

Attachment B4

Healthy Start Participant Survey – Spanish

**HRSA's Healthy Start Evaluation and Capacity Building Support
Project**

October 2022

Proyecto de Apoyo al Desarrollo de Capacidades y Evaluación de Healthy Start de HRSA

Encuesta para participantes de Healthy Start

Fondos para la recolección de información está patrocinada por el
Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés)
Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Declaración de carga pública: Esta recolección de información proporcionará a la Administración de Recursos y Servicios de Salud información para guiar las decisiones futuras del programa con respecto a la efectividad del programa Healthy Start en los resultados a nivel individual, organizacional y comunitario. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recolección de información es xxx-XXX y es válido hasta XX/XX/202X. La recolección de información es voluntaria. Este estudio cumplirá completamente con la Ley de Privacidad de 1974. (5 U.S.C. Section 552a, 1998; <https://www.justice.gov/opcl/privacy-act-1974>). La Ley de Privacidad también aplica a algunas actividades de recolección de información (ex., el estudio va a pedir el correo electrónico de algunos de los participantes). Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de xx horas en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la recolección de información. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este cálculo a, HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o a paperwork@hrsa.gov.

¡Bienvenido(a)!

Esta es una encuesta acerca del Programa de Healthy Start. Se le invita a contestar las preguntas de la encuesta porque queremos saber si Healthy Start le ayuda a usted.

Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Esta información nos ayudará a saber cómo el programa de Healthy Start apoya a las familias antes, durante y después del embarazo.

Contestar la encuesta le tomará unos 15 minutos. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sus respuestas se mantendrán en privado. Nosotros no compartiremos sus respuestas ni con el administrador de casos ni con ningún empleado de Healthy Start.

¿Tiene alguna pregunta? Envíe sus preguntas a HSEvalSupport@westat.com.

Haga clic en "Siguiente" para continuar.

Documento de consentimiento informado

Contestar la encuesta es voluntario. Usted puede dejar de contestar preguntas si lo desea. Su decisión de participar o no participar en este estudio no tendrá ningún impacto en los beneficios que está recibiendo en Healthy Start. Puede dejar de contestar cualquier pregunta o retirarse en cualquier momento.

No se conocen riesgos por participar en esta encuesta. Sus respuestas se mantendrán en privado. No hay beneficios directos para usted por participar en esta encuesta, pero sus respuestas nos ayudarán a comprender cómo mejorar el programa de Healthy Start. No identificaremos a ninguna persona en los informes que escribimos acerca de los resultados de la encuesta.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, comuníquese con Westat en el **1800xxxx** o por correo electrónico en HSEvalSupport@westat.com. Westat está llevando a cabo la encuesta. La Administración de Recursos y Servicios de Salud, o HRSA (por sus siglas en inglés), está financiando el programa Healthy Start y contrató a Westat para encuestar a los participantes de Healthy Start para averiguar qué tan bien el programa Healthy Start satisface sus necesidades. HRSA es una agencia del gobierno federal y ofrece programas para mejorar el acceso a los servicios de atención médica para personas sin seguro, aisladas o médicamente vulnerables.

¿Tiene preguntas acerca de su privacidad u otras inquietudes respecto a participar en la encuesta? Sírvase llamar a la oficina de encuestas de Westat al 1-888-920-7631. Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono. Diga que está llamando de parte del estudio de Healthy Start. Ellos le devolverán la llamada.

Para comenzar la encuesta haga clic en "Acepto participar en esta encuesta." Si no desea participar en la encuesta haga clic en "No acepto participar en esta encuesta."

- Acepto participar en esta encuesta
- No acepto participar en esta encuesta

Instrucciones

Contestar la encuesta tomará 15 minutos. Una vez que comience a contestar la encuesta, intente contestarla sin detenerse. Si necesita detener la encuesta por más de 20 minutos, primero guarde sus respuestas.

Sírvase marcar el recuadro junto a su respuesta, y siga las instrucciones junto a la pregunta. Algunas preguntas pueden omitirse si no se aplican a usted.

Si usted ha participado en Healthy Start antes, solo responda las preguntas acerca de su experiencia durante este periodo de inscripción (abril 2019 y después).

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL

1. a. ¿Está actualmente inscrito en el programa Healthy Start? **[REQUIRED]**

- Sí
- No → **GO TO END TO THANK THE RESPONDENT**

b. Seleccione el nombre de su programa Healthy Start. **[REQUIRED]**

[DROPDOWN MENU OF 15 PROGRAM NAMES (CITY, STATE)]

- No, estoy seguro(a)

2. ¿Es usted mayor de 18 años? **[REQUIRED]**

- Sí
- No → **GO TO END TO THANK THE RESPONDENT**

3. ¿Cuánto tiempo ha estado en el programa Healthy Start? **Si se ha inscrito en este programa más de una vez, conteste según su experiencia actual.** Marque solo una opción.

- Menos de 1 mes
- 1 mes a menos de 3 meses
- 3 meses a menos de 1 año
- 1 año a menos de 2 años
- 2 años a menos de 3 años
- Más de 3 años

4. ¿Cuál es su identidad de género? Marque solo una opción.

- Mujer
- Hombre
- Prefiero auto describirme: _____

5. Cuando usted se inscribió en Healthy Start durante este periodo de inscripción, ¿usted _____? Lea **TODAS** las opciones y marque solo una opción: **[REQUIRED]**

- No estaba embarazada
- Estaba embarazada
- Estaba en posparto: no estaba embarazada, pero di a luz en los 3 meses antes de inscribirme en Healthy Start
- Estaba en posparto: no estaba embarazada, pero di a luz entre 3 meses y 1 año antes de inscribirme en Healthy Start
- Era pareja de una mujer inscrita en Healthy Start o padre de un niño inscrito en Healthy Start
→ **GO TO SECTION III**
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

SECTION II. LOS SERVICIOS DE HEALTHY START

Esta sección le pregunta acerca de sus servicios de Healthy Start y qué piensa de ellos.

6. ¿Tiene un administrador de casos/trabajador de salud comunitario de Healthy Start? (En las siguientes preguntas, nos referiremos a este rol como el administrador de casos)
- Sí
 No
7. ¿Le ayudó la información y educación que usted recibió de Healthy Start?
- Sí
 No. Si contestó no, especifique _____ (Límite de caracteres: 300)
8. ¿Le **refirió** el personal de Healthy Start a SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o SNAP, es un programa gubernamental de asistencia para ayudar a personas de bajos ingresos o sin ingresos, a pagar por alimentos. Anteriormente era conocido como el programa de "estampillas de alimentos".
- No necesitaba beneficios de SNAP; yo ya tenía SNAP → **SKIP TO QUESTION 11**
 Sí. Healthy Start me refirió
 No. Healthy Start no me refirió
9. ¿**Solicitó** SNAP?
- Sí. Yo solicité y recibí los beneficios → **SKIP TO QUESTION 11**
 Sí. Solicité, pero estoy esperando una respuesta → **SKIP TO QUESTION 11**
 Sí. Solicité, pero no reunía los requisitos → **SKIP TO QUESTION 11**
 No solicité
10. ¿Cuáles fueron las razones por las que **no solicitó** SNAP? (Marque todas las opciones que correspondan)
- Me preocupaba que SNAP interfiriera con mis otros beneficios
 Pensaba que no lo necesitaba
 No sabía cómo solicitar
 Pensaba que no reunía los requisitos
 No tenía tiempo
 Otra razón (especifique): (Límite de caracteres: 200)
11. ¿Le **refirió** Healthy Start a WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños)?
- No necesitaba los beneficios de WIC; yo ya tenía WIC → **SKIP TO QUESTION 14**
 Sí. Healthy Start me refirió
 No. Healthy Start no me refirió

12. ¿**Solicitó** WIC?

- Sí. Solicité y me inscribí en el programa → **SKIP TO QUESTION 14**
- Sí. Solicité y estoy esperando una respuesta → **SKIP TO QUESTION 14**
- Sí. Solicité, pero no reunía los requisitos → **SKIP TO QUESTION 14**
- No solicité

13. ¿Cuáles fueron las razones por las que **no solicitó** WIC? (Marque las opciones que correspondan)

- Me preocupaba que WIC interfiriera con mis otros beneficios
- Pensaba que no lo necesitaba
- No vivía cerca de una oficina o clínica de WIC
- No sabía cómo aplicar
- Pensaba que no reunía los requisitos
- No tenía tiempo
- Otra razón (especifique): (Límite de caracteres: 200)

14. ¿Le **refirió** Healthy Start a Medicaid?

- No necesitaba los beneficios de Medicaid; yo ya tenía Medicaid → **SKIP TO QUESTION 18**
- Sí. Healthy Start me refirió
- No. Healthy Start no me refirió

15. ¿**Solicitó** Medicaid?

- Sí. Solicité y me inscribí en el programa
- Sí. Solicite y estoy esperando una respuesta
- Sí. Solicite, pero no reunía los requisitos
- No. No solicité → **SKIP TO QUESTION 17**

16. ¿Le ayudó el personal de Healthy Start con la solicitud de Medicaid?

- Sí → **SKIP TO QUESTION 18**
- No → **SKIP TO QUESTION 18**

17. ¿Cuáles fueron las razones por las que **no solicitó** Medicaid? (Marque las opciones que correspondan)

- Tenía otro seguro
- No sabía cómo solicitar
- Pensé que no iba a reunir los requisitos
- Me preocupaba que Medicaid interfiriera con mis otros beneficios
- Pensaba que no lo necesitaba
- No tenía tiempo
- Otra razón (especifique): (Límite de caracteres: 200)

18. ¿Le **refirió** el personal de Healthy Start a TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)? Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF, es un programa financiado federalmente, y provee asistencia en efectivo (cash) para ayudar a que las familias cubran sus necesidades básicas. En el pasado, este programa era conocido como el programa de bienestar (“welfare” en inglés).

- No necesitaba beneficios de TANF; yo ya tenía TANF → **SKIP TO QUESTION 21**
- Sí. Healthy Start me refirió
- No. Healthy Start no me refirió

19. ¿**Solicitó** TANF?

- Sí. Yo solicité y recibí los beneficios → **SKIP TO QUESTION 21**
- Sí. Solicité, pero estoy esperando una respuesta → **SKIP TO QUESTION 21**
- Sí. Solicité, pero no reunía los requisitos → **SKIP TO QUESTION 21**
- No solicité

20. ¿Cuáles fueron las razones por las que **no solicitó** TANF? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Me preocupaba que TANF interfiriera con mis otros beneficios
- Pensaba que no lo necesitaba
- No sabía cómo solicitar
- Pensaba que no reunía los requisitos
- No tenía tiempo
- Otra razón (especifique): (Límite de caracteres: 200)

21. a. ¿Le **refirió** el personal de Healthy Start a alguno de los siguientes servicios fuera de Healthy Start?
 Marque "Sí" o "No" en cada línea.

Servicio	Healthy Start me refirió (SI/NO)
a. Apoyo para amamantar/lactancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Violencia doméstica de pareja o familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Doula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Planificación familiar/anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Programas comunitarios a domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. Salud mental (tal como la depresión, la ansiedad y el estrés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. Otros servicios de la salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Cuidado de salud general/Servicios de salud básicos para mujeres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Cuidado de salud general/Servicio de pediatría para el niño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. Abuso de sustancias, drogas, tratamiento para alcohólicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. Otro (especifique): <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

b. ¿Recibió alguno de los siguientes servicios al que fue referido por el personal de Healthy Start?
 Marque "Sí" o "No" en cada línea. **[THIS QUESTION WILL BE PREPOPULATED TO SHOW ONLY THE RESPONSES SELECTED IN 21.a. AND WILL BE SKIPPED IF NO RESPONSES SELECTED IN 21.a.]**

Servicio	Recibí este servicio (SI/NO)
a. Apoyo para amamantar/lactancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Violencia domestica de pareja o familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Doula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Planificación familiar/anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Programas comunitarios a domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. Salud mental (tal como la depresión, la ansiedad y el estrés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. Otros servicios de la salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Cuidado de salud general para mujeres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Cuidado de salud general/Servicio de pediatría para el niño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. Abuso de sustancias, drogas, tratamiento para alcohólicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. Otro (especifique): <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22. a. ¿Le refirió el personal de Healthy Start a alguno de los siguientes servicios o programas fuera de Healthy Start? Marque "Sí" o "No" en cada línea.

Servicio	Healthy Start me refirió (SI/NO)
a. Educación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Servicios de empleo/capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Asistencia de vivienda o servicio de calefacción en la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Inmigración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Servicios legales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

b. ¿Recibió alguno de los siguientes servicios al que fue referido por el personal de Healthy Start? Seleccione "Sí" o "No" en cada línea. **[THIS QUESTION WILL BE PREPOPULATED TO SHOW ONLY THE RESPONSES SELECTED IN 22.a. AND WILL BE SKIPPED IF NO RESPONSES SELECTED IN 22.a.]**

Servicio	Recibí este servicio (SI/NO)
a. Educación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Servicios de empleo/capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Asistencia de vivienda u otros servicios para la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Inmigración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Servicios legales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

23. ¿Qué tan satisfecho(a) está con los servicios y apoyo que recibió de parte del personal de Healthy Start?

- Muy insatisfecho(a)
- Insatisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Muy satisfecho(a)

(Por favor, especifique):

(Límite de caracteres: 300)

24. ¿Cree usted que los servicios y el apoyo que ha recibido del personal de Healthy Start han tenido en cuenta su cultura y tradiciones?

- Sí
- No. Si

no, contestó
por favor, explique
brevemente,

(Límite de caracteres: 300)

25. ¿Con qué frecuencia ha podido comunicarse con su administrador de casos cuando usted lo necesitaba?

- Casi nunca
- Menos de la mitad del tiempo
- Aproximadamente la mitad del tiempo
- Más de la mitad del tiempo
- Casi todo el tiempo

26. ¿Cuáles han sido las partes más útiles de Healthy Start para usted? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Tener un administrador de casos
- Aprender acerca de la salud
- Aprender acerca de la crianza
- Recibir referidos para servicios y programas comunitarios
- Conocer otros participantes del Programa
- Otra razón (especifique): (Límite de caracteres: 200)

27. ¿Qué cambios haría para mejorar Healthy Start?

(Límite de caracteres: 500)

GO TO SECTION IV

SECTION III. PARTICIPACION DE LA PAREJA/PADRE DEL PARTICIPANTE DE HEALTHY START

Conteste las preguntas en esta sección SOLO si es un padre o pareja de un participante de Healthy Start. Si usted ha participado en Healthy Start antes, conteste las preguntas solo durante este periodo de inscripción (abril 2019 y después).

28. En el momento en que comenzó a participar en Healthy Start, ¿su pareja...? Sírvase leer TODAS las opciones y marque solo una opción.

- No estaba embarazada
- Estaba embarazada
- Estaba en posparto: no estaba embarazada, pero dio a luz en los 3 meses antes de inscribirme en Healthy Start
- Estaba en posparto: no estaba embarazada, pero dio a luz entre 3 meses y 1 año antes de inscribirme en Healthy Start
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

29. ¿En qué actividades ha participado como padre/pareja? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Ir con mi pareja a las citas de atención médica
- Ir a las citas de atención médica de mi niño
- Reuniones y llamadas con el administrador de casos/profesional de salud comunitario (En las siguientes preguntas, nos referiremos a este rol como el administrador de casos)
- Grupo de apoyo de Healthy Start
- Clases de educación y otras sesiones de Healthy Start
- Reuniones de la Red de Acción Comunitaria de Healthy Start (CAN, por sus siglas en inglés)
- Eventos comunitarios de Healthy Start
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

30. a. ¿Le proporcionó el personal de Healthy Start información acerca de las siguientes actividades? Marque "Sí" o "No" en cada línea.

Información	¿Se le proporcionó la información? (SI/NO)
a. Relaciones saludables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Forjar vínculos con la madre o crianza compartida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Crianza compartida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Habilidades interpersonales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Manejo de un trauma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Manejo de la ira	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. Problemas financieros o de dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. Información acerca de la custodia/otros problemas legales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Otro (especifique): <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- b. ¿Fue la información que le proporcionó el personal de Healthy Start útil para las siguientes actividades? Marque "Sí", "No", o "No aplica" en cada línea.

[THIS QUESTION WILL BE PREPOPULATED TO SHOW ONLY THE RESPONSES SELECTED IN 30.a. AND WILL BE SKIPPED IF NO RESPONSES SELECTED IN 30.a.]

Información	¿Fue la información útil? (SÍ/NO)	No aplica
a. Relaciones saludables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
b. Forjar vínculos con la madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
c. Crianza compartida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
d. Habilidades interpersonales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
e. Superar un trauma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
f. Manejo de la ira	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
g. Problemas financieros o de dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
h. Información acerca de la custodia/otros problemas legales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
i. Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
j. Otro (especifique): <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

31. ¿Hubo información que el personal de Healthy Start **no le proporcionó**, y que usted hubiera querido recibir?

Sí (especifique):

(Límite de caracteres: 200)

No

32. a. ¿Le refirió Healthy Start a algunos de los siguientes servicios? Marque "Sí" o "No" en cada línea.

Servicio	Healthy Start me refirió (SÍ/NO)
a. Violencia doméstica de pareja o familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Asistencia de vivienda/servicio de calefacción en la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Inmigración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Servicios de empleo/capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. Salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Abuso de sustancias, drogas, tratamiento para alcohólicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. TANF (programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. Otro (especifique) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

b. ¿Recibió alguno de los servicios a los que le refirió Healthy Start? Marque "Sí" o "No" en cada línea.

[THIS QUESTION WILL BE PREPOPULATED TO SHOW ONLY THE RESPONSES SELECTED IN 32.a. AND WILL BE SKIPPED IF NO RESPONSES SELECTED IN 32.a.]

Servicio	Recibí este servicio (SÍ/NO)
a. Violencia doméstica de pareja o familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Asistencia de vivienda/servicio de calefacción en la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Inmigración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. Servicios de empleo/capacitación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. Salud	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
i. Abuso de sustancias, drogas, tratamiento para alcohólicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
j. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
l. TANF (programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
m. Otro (especifique): <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> (Límite de caracteres: 200)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SKIP NEXT QUESTION IF YES IS CHECKED FOR ALL RESPONSES IN 32.b.

33. Use la lista a continuación para describir las razones por las que **no recibió** los servicios a los que le refirió Healthy Start. Marque TODAS las razones o razón por la cual usted **no recibió** los servicios.

- No pensé que necesitaba este servicio
- No tenía tiempo
- No tenía transporte
- No tenía cuidado infantil
- No tenía ayuda con servicio de intérprete y traducción
- No sabía adónde ir
- No podía pagar por el servicio
- No confiaba en la organización a donde me refirieron
- No reunía los requisitos para este servicio
- Otro (Sírvese especificar las otras razones por las que no recibió los servicios)

(Límite de caracteres: 200)

34. ¿Tiene usted un administrador de casos que trabaja con usted?

- Sí
- No → **SKIP TO QUESTION 36**

35. ¿Con qué frecuencia ha podido comunicarse con su administrador de casos cuando usted lo necesita?

- Casi nunca
- Menos de la mitad del tiempo
- Aproximadamente la mitad del tiempo
- Más de la mitad del tiempo
- Casi todo el tiempo

36. ¿Qué tan satisfecho(a) ha estado con los servicios y el apoyo que recibió del programa Healthy Start?

- Muy insatisfecho(a)
- Insatisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Muy satisfecho(a)

(Por favor, especifique):

(Límite de caracteres:
300)

37. ¿Cree usted que los servicios y el apoyo que ha recibido del personal de Healthy Start han tenido en cuenta su cultura y tradiciones?

- Si
- No. Si no contesta,
por favor, especifique:

(Límite de caracteres: 300)

38. Para usted, ¿cuáles han sido las partes más útiles de Healthy Start? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Tener un administrador de casos
- Aprender acerca de temas de salud
- Aprender acerca de la paternidad
- Los programas y servicios comunitarios que me refirió Healthy Start que yo necesitaba
- Participación con otros padres/parejas masculinas
- El programa no fue útil para mi
- Otra cosa (especifique): (Límite de caracteres: 200)

39. ¿Cuáles han sido las partes de Healthy Start que le han ayudado a ser un padre más envuelto? Marque todo lo que corresponda.

- Trabajar con un administrador de casos
- Aprender acerca de temas de salud
- Aprender acerca de la paternidad
- Los programas y servicios comunitarios que me refirió Healthy Start eran los que yo necesitaba
- Participación con otras parejas masculinas
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

- Healthy Start no me ayudó a ser una pareja más envuelta
- No aplica porque no soy una pareja

40. ¿Cuáles han sido las partes de Healthy Start que le ayudó a ser mejor padre? Marque todo lo que corresponda.

- Trabajar con un administrador de casos
- Aprender acerca de temas de salud
- Aprender acerca de la paternidad
- Los programas y servicios comunitarios que me refirió Healthy Start eran los que yo necesitaba
- Participación con otras parejas masculinas
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

- Healthy Start **no me ayudó** a ser mejor padre
- No aplica porque no soy padre

41. ¿Qué cambios haría para mejorar Healthy Start?

(Límite de caracteres: 500)

SECTION IV. EQUIDAD EN SALUD

En esta sección, nos gustaría conocer sus opiniones y experiencias con Healthy Start en torno a la equidad en salud. Hemos incluido la definición de equidad en salud de una organización a continuación para su referencia y consideración.

La equidad en salud significa que todos tienen una oportunidad justa e igualitaria de estar lo más saludables posible. Esto requiere eliminar barreras/obstáculos a la salud como la pobreza, la discriminación y sus consecuencias, incluida la impotencia y la falta de acceso a buenos trabajos con salarios justos, educación y vivienda de calidad, entornos seguros y atención médica.

42. ¿Cree que Healthy Start contribuye a mejorar la equidad en salud para las personas a las que ofrece servicios?

- Sí
- No

43. ¿Con qué frecuencia ha experimentado algún tipo de sesgo, como discriminación por motivos de raza, origen étnico, nivel de capacidad, ingresos, etc., al obtener atención médica o servicios sociales?

- Nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

44. ¿Le ha facilitado Healthy Start o le ha hecho más cómodo recibir atención médica o servicios sociales?

- Sí
- No

45. ¿De qué manera Healthy Start le ha facilitado recibir servicios de atención médica (como atención prenatal) o servicios sociales (como vivienda o asistencia laboral)? Describa brevemente hasta tres maneras en que Healthy Start ha promovido la equidad en la salud para usted personalmente, o maneras en que el programa ha ayudado a eliminar las barreras para recibir atención médica o servicios sociales.

- a.
- b.
- c.

(Límite de caracteres: 500)

46. ¿Qué más cree que puede hacer Healthy Start para reducir la parcialidad en los servicios sociales y de salud en su comunidad?

(Límite de caracteres: 500)

SECTION V. ADDITIONAL INFORMATION

Finalmente, conteste algunas preguntas acerca de usted.

47. ¿En qué estado vive?

SELECT FROM DROP DOWN LIST OF STATES

48. ¿Qué edad tiene (en años)?

49. ¿Es usted hispano o latino?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

50. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Indígena de las américas o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanca
- Otra (Especifique): (Límite de caracteres: 200)
- Prefiero no responder

51. ¿Cuál es el idioma en el que se siente más cómodo hablando?

- Inglés
- Español
- Francés
- Alemán
- Ruso
- Chino (incluyendo cantones, mandarín y otras variedades)
- Tagalo
- Coreano
- Vietnamita
- Árabe
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

52. ¿Recibió servicios de interpretación o traducción de Healthy Start? (Marque las opciones que correspondan)

- Sí
- No. Pero lo necesitaba
- No. Traigo un familiar o amigo para que me interprete
- No necesito estos servicios ya que sé hablar inglés

53. ¿Cuál es su estado civil?

- Nunca se ha casado
- En pareja, pero no casado(a)
- Casado(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

54. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que completó?

- No asistió a la escuela
- 8 años de escuela o menos
- No completó la secundaria (grados 9, 10, 11, 12)
- Diploma de secundaria o High School (terminó el año 12)
- GED
- Algo de Universidad o un título de 2 años
- Escuela vocacional o técnica
- Diploma de una universidad de 4 años
- Título de estudios especializados (por ejemplo: MD, DDS, DVM, JD)
- Prefiero no contestar

55. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación laboral actual? (MARQUE UNA RESPUESTA)

- Tengo un trabajo de tiempo completo
- Tengo un trabajo de tiempo parcial o estacional
- Tengo múltiples trabajos de tiempo parcial
- No trabajo – me dedico al cuidado de mi hogar
- No trabajo – no puedo trabajar debido a la salud o una discapacidad
- No trabajo – no puedo encontrar trabajo
- No trabajo - estudiante
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)
- Prefiero no contestar

56. ¿Qué tan difícil ha sido para usted poder continuar participando en el programa de Healthy Start?

- No ha sido nada difícil
- Ha sido un poco difícil
- Ha sido moderadamente difícil
- Ha sido extremadamente difícil

(Por favor, especifique):

(Límite de caracteres: 200)

57. ¿Cómo afectó la pandemia de COVID su participación en Healthy Start y otros servicios? (Marque todas las opciones que correspondan)

- No tuve mis visitas regulares en persona con mi administrador de casos de Healthy Start
- Tuve todas o la mayoría de visitas con mi administrador de casos por teléfono y/o la computadora
- No tuve mis visitas regulares en persona con mi médico o enfermera
- Tuve todas o la mayoría de mis visitas con mi médico o enfermera por teléfono y/o la computadora
- No tuve mis visitas regulares en persona con el médico o enfermera de mi hijo
- Tuve todas o la mayoría de las visitas con el médico o enfermera de mi hijo por teléfono y/o la computadora
- No me hice las pruebas/vacunas que necesitaba para mí y para mi hijo a tiempo
- No fui a otras visitas médicas o de servicios sociales que suelo ir
- Otro (especifique): (Límite de caracteres: 200)

58. ¿Qué tan satisfecho(a) estaba con el cuidado de telesalud/cuidado virtual que recibió durante la pandemia del COVID? Marque uno.

- Muy insatisfecho(a)
- Insatisfecho(a)
- Satisfecho(a)
- Muy satisfecho(a)

(Por favor, especifique):

(Límite de caracteres: 200)

- No recibí telesalud/cuidado virtual durante la pandemia

59. ¿Cuáles fueron las dificultades más grandes durante la pandemia?

(Límite de caracteres: 500)

Muchas gracias por contestar la encuesta.

Por favor, oprima SEND (Enviar) para enviar la encuesta.