

My Health. My Care. Ciudad de Nashua, Division de Salud Publica y Servicios Comunitarios Cuestionario-Antes del Video

Por favor responda algunas preguntas antes de ver los videos y materiales de MyHealth. MyCare. Esta forma no pide su nombre, dirección, o número telefónico.

Cómo se enteró de este evento? (marque todo lo que corresponda)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Email de la Ciudad de Nashua | <input type="checkbox"/> Access TV Station |
| <input type="checkbox"/> Facebook/Twitter/LinkedIn | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigo o Colega | |
| <input type="checkbox"/> Poster en la Libreria | |

	Totalmente En desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
Entiendo todos los términos utilizados durante las citas con mis médicos y enfermeras.					
Entiendo todos los términos utilizados por las compañías de seguros.					
Estoy familiarizado con el sitio web Medline Plus y sus herramientas en línea.					
Me siento cómodo hablar acerca de mis problemas de salud, con doctores y enfermeras.					
Hablo con proveedores de salud como doctores y enfermeras acerca de salud emocional					
Pienso que es importante para mi salud, obtener chequeos regulares y visitar a mi proveedor de salud.					

De dónde obtiene la mayor parte de su información relacionada con la salud?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos y Familia | <input type="checkbox"/> Iglesias |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> La escuela de mi hijo | <input type="checkbox"/> Libros /Revistas |
| <input type="checkbox"/> Doctor/Enfermera | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud |
| <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Líneas de ayuda | <input type="checkbox"/> Otro |

Con qué frecuencia utiliza la biblioteca para obtener información de salud?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente/Algunas veces | |

Qué tipo de seguro de salud tiene actualmente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud | <input type="checkbox"/> Medicaid/NH Programa de protección de salud |
| <input type="checkbox"/> Seguro a través de Healthcare Marketplace | <input type="checkbox"/> Medicare |
| | <input type="checkbox"/> Seguro Privado |

Otro

