

List of Appendices

Appendices

Click on item or page to navigate

A. 2010 Community Health Opinion Survey Volunteers	475
B. Map of survey locations	476
C. Durham County Community Health Opinion Survey, 2010(English)	477
D. Durham County Community Health Opinion Survey, 2010(Spanish).....	491
E. Durham Health Innovations: Overview.....	505
F. Explanation of Peer Counties	508
 Appendix G (separate PDF):	
2010 Durham County Community Health Opinion Survey RESULTS.....	510

APPENDIX A

2010 Community Health Opinion

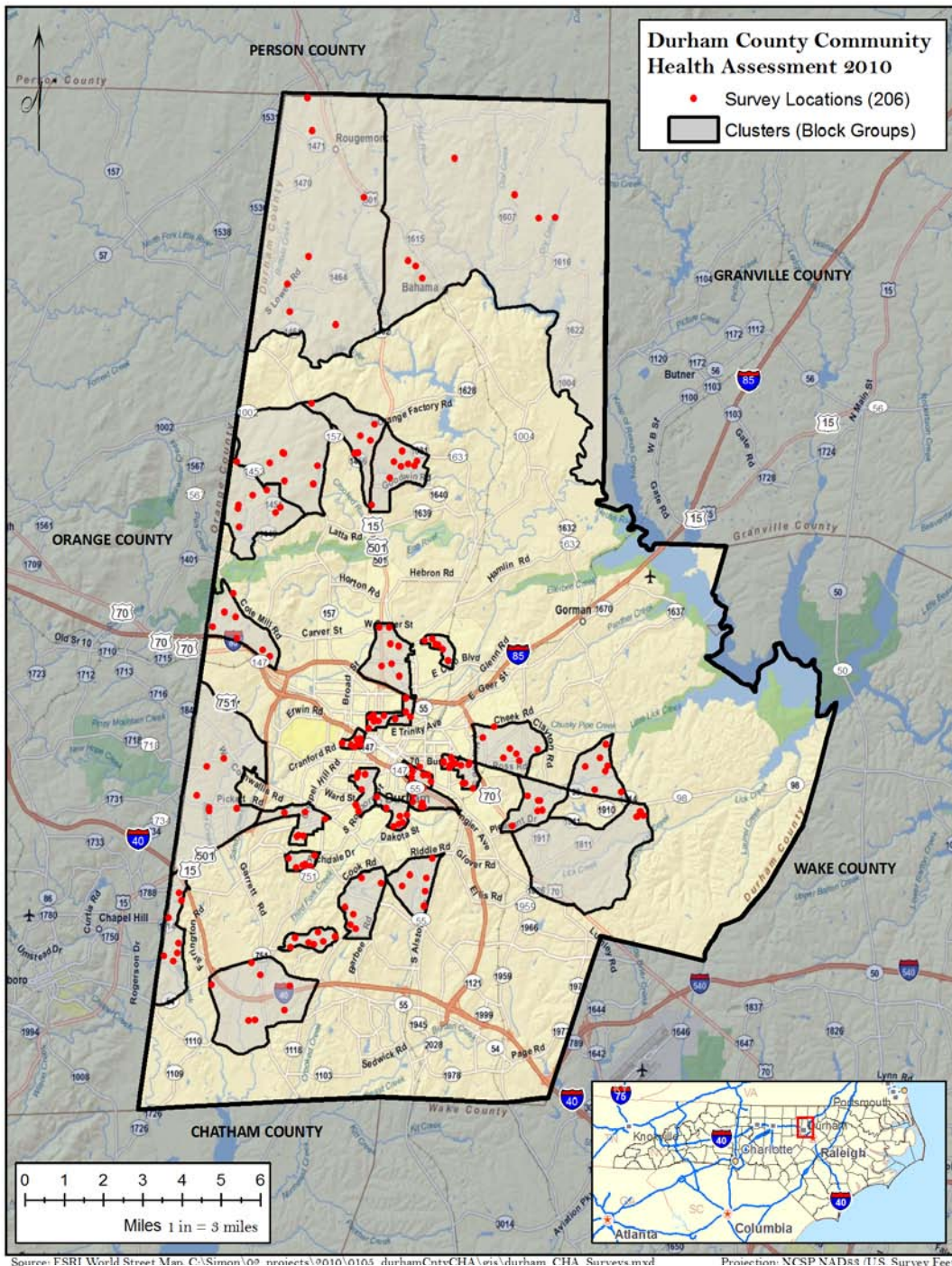
Survey Volunteers

Alexandra Crosson
Amanda Mata
Andrea Rorie
Annette Carrington
Ayo Akindumila
Belinda Jones
Ben Strauss
Brett Stargell
Brigit Carter
Callie Joy Palma
Caressa White
Carey Downey-Piper
Carrie Banks
CeCe Cheng
Christina M. Smith
Coretta L. Miller
Courtney Neville
Ebonitta Boykin
Edquisha Tooles
Eric Price
Esther Ha
Eugenia Millender
Gail Neely
Gary Taylor
Greg Garneau
Jamesetta Jahamaliah
Jannah Bierens
Jasmine Hawthorne
Jill Stanton

Joanie Ross
Kate Pilewski
Kelly Hu
Kena Watson
Kim Mosley
Lakieta Boyd
Laura Wright
Margaret Foster
Maria Clavell
Mark Dessauer
Martha Keating
Mary DeCoster
Matt Simon
Mel Downey-Piper
Melanie Napier
Melissa Rodgman
Nancy Schneider
Precious Sampson
Sandra Gomez
Sarah Dietrich
Shoteria Pearson
Staci Shepard
Susan Wyler
Teesa Wehrman
Teresa May
Tiffany Brown
Tina Howard
Tyesinger O'neal Butler
Willia Robinson Allen

APPENDIX B

Map of survey locations



APPENDIX C
Durham County Community
Health Opinion Survey, 2010
(English)

COMMUNITY HEALTH OPINION SURVEY



HEALTHY CAROLINIANS



Hello, I am _____ and this is _____ representing Durham County Health Department. (Show badges.) We are here to ask you to participate in a health opinion survey for our county. You were one of the addresses selected at random. The purpose of this survey is to learn more about the health and quality of life in Durham County. The Health Department and the Partnership for a Healthy Durham will use the results of this survey to develop plans for addressing major health and community issues. All the information you give us will be completely confidential and will not be linked to you in any way.

The survey is completely voluntary. It should take no longer than 20 minutes to complete. If you have already completed this survey, or if you don't live in Durham County, please tell me now.

Would you be willing to participate?

Durham County Community Health Survey

PART 1: Quality of Life Statements

The first questions are about how you see certain parts of Durham County life. Keeping in mind yourself and the people in your neighborhood, please tell us whether you “strongly disagree”, “disagree”, “agree” or “strongly agree” with each of the next 4 statements. *(Only read descriptions out loud if participant appears to need prompting)*

Statements	Choose a number for each statement below.			
	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
<p>1. How do you feel about this statement, “Durham County is a good place to raise children”? Consider the quality and safety of schools and child care programs, after school programs, and places to play in this county.</p>	1	2	3	4
<p>2. How do you feel about this statement, “Durham County is a good place to grow old”? Consider our county’s elder-friendly housing, transportation to medical services, recreation, and services for the elderly.</p>	1	2	3	4
<p>3. How do you feel about this statement, “There is plenty of economic opportunity in Durham County”? Consider the number and quality of jobs, job training/higher education opportunities, and availability of affordable housing in Durham County.</p>	1	2	3	4
<p>4. How do you feel about this statement, “There is plenty of help for individuals and families during times of need in Durham County”? Consider social support in Durham County: neighbors, support groups, faith community outreach, community organizations, mental health services, and emergency monetary assistance.</p>	1	2	3	4

PART 2: Community Problems and Issues

Environmental Issues

5. These next questions are about Environmental issues. Please look at this list and pick your 3 most important issues in Durham County. *Give the person the GREEN sheet of environmental issues.* Remember this is your opinion and your choices will not be linked to you in any way. If you do not see an environmental issue you consider one of the most important 3, please let me know. I can also read these out loud as you think about them. *(Read environmental issues if they prefer to have them read.)*

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Animal control/Rabies | <input type="checkbox"/> Population growth | Water |
| <input type="checkbox"/> Garbage collection & disposal (infrequent) | <input type="checkbox"/> Recycling (not enough) | <input type="checkbox"/> Safe and clean drinking water |
| <input type="checkbox"/> Household pests (e.g. bedbugs, roaches, rats) | <input type="checkbox"/> Second-hand smoke | <input type="checkbox"/> Private wells |
| <input type="checkbox"/> Lead poisoning | <input type="checkbox"/> Restaurant food safety | <input type="checkbox"/> Unclean, unsafe recreational water |
| <input type="checkbox"/> Mosquitoes | <input type="checkbox"/> Roadside litter | <input type="checkbox"/> Failing septic systems |
| <input type="checkbox"/> Outdoor air pollution | <input type="checkbox"/> Roads (unsafe, unmaintained) | Other _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sidewalks/crosswalks (unsafe, unmaintained) | |

Community Issues

6. These next questions are about community-wide issues that have the largest impact on the overall quality of life in Durham County. Please look at this list of community issues. *(Tell person to flip to YELLOW sheet of community issues.)* Keeping in mind yourself and the people in your neighborhood, pick the community issues that have the greatest effect on quality of life in Durham County. Please choose up to 3. Remember this is your opinion and your choices will not be linked to you in any way. If you do not see a community problem you consider one of the most important, please let me know. I can also read these out loud as you think about them. *(Read community issues if they prefer to have them read.)*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Child care (not enough quality) | Neglect/abuse/violence (Specify type) |
| <input type="checkbox"/> Culturally appropriate health services (lack of) | <input type="checkbox"/> Elder abuse |
| <input type="checkbox"/> Gang involvement | <input type="checkbox"/> Child abuse |
| <input type="checkbox"/> Health insurance (lack of/inadequate) | <input type="checkbox"/> Domestic violence (eg. wife, husband, partner) |
| <input type="checkbox"/> Health services (affordability of) | <input type="checkbox"/> Violent crime (eg. murder, assault) |
| <input type="checkbox"/> Healthy family activities (availability of) | <input type="checkbox"/> Rape/sexual assault |
| <input type="checkbox"/> Healthy food choices (availability of) | <input type="checkbox"/> Racism |
| <input type="checkbox"/> Homelessness | <input type="checkbox"/> Recreational facilities, such as parks, trails, community centers (lack of) |
| <input type="checkbox"/> Housing (inadequate/unaffordable) | <input type="checkbox"/> School dropouts |
| <input type="checkbox"/> Non-violent crimes (eg. burglary) | <input type="checkbox"/> Transportation (lack of options) |
| <input type="checkbox"/> Positive teen activities (availability of) | <input type="checkbox"/> Unemployment |
| <input type="checkbox"/> Poverty | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Risky Behaviors

7. These next questions are about risky behaviors that some individuals do that have the largest impact on the community as a whole. Please look at this list of risky behaviors. *(Tell person to*

flip to the RED sheet of risky behaviors.) Keeping in mind yourself and the people in your neighborhood, pick the top unhealthy behaviors in Durham County. Please choose up to 3. Remember this is your opinion and your choices will not be linked to you in any way. If you do not see an unhealthy behavior that you consider one of the most important, please let me know and I will add it in. I can also read these out loud as you think about them. *(Read risky behaviors if they prefer to have them read.)*

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol abuse | <input type="checkbox"/> Not wearing seat belts | <input type="checkbox"/> Poor eating habits |
| <input type="checkbox"/> Drug or prescription medication abuse | <input type="checkbox"/> Not washing hands | <input type="checkbox"/> Reckless/drunk driving |
| <input type="checkbox"/> Lack of exercise | <input type="checkbox"/> Not going to the doctor for yearly check-ups and screenings | <input type="checkbox"/> Smoking/tobacco use |
| <input type="checkbox"/> Not getting immunizations (“shots”) to prevent disease | <input type="checkbox"/> Not getting prenatal (pregnancy) care | <input type="checkbox"/> Suicide |
| <input type="checkbox"/> Not using or improper use of child safety seats | | <input type="checkbox"/> Unsafe sex |
| | | <input type="checkbox"/> Violent behavior (including rape/sexual assault) |
| | | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Health Problems

8. Please look at this list of health problems. *(Tell person to flip to the BLUE sheet of health problems.)* Keeping in mind yourself and the people in your neighborhood, I would like for you to pick the most important health problems. You can choose up to 3. If you do not see a health problem you consider one of the most important, please let me know. I can also read these out loud as you think about them. *(Read health problems if they prefer to have them read.)*

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Addiction to alcohol, drugs, or prescription pills | <input type="checkbox"/> Heart disease/heart attacks | <input type="checkbox"/> Mental health (eg. suicide, depression, schizophrenia) |
| <input type="checkbox"/> Aging problems (eg. Alzheimer’s, arthritis, hearing or vision loss) | <input type="checkbox"/> Infant death/birth defects | <input type="checkbox"/> Obesity/overweight |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Infectious/Contagious diseases (TB, salmonella, pneumonia, flu, etc.) | <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases (STDs) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Injuries | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Child developmental delays | <input type="checkbox"/> Motor vehicle | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Dental health | <input type="checkbox"/> Gun-related | <input type="checkbox"/> Teenage pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Other injuries (eg. Falls, choking, drowning) | <input type="checkbox"/> Other _____ |

PART 3: Personal Health

Now I am going to ask you some questions about your own personal health. Remember, the answers you give for this survey will not be linked to you in any way.

9. How would you rate your own health? Please choose only one of the following:

(Read choices.)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Fair |
| <input type="checkbox"/> Very Good | <input type="checkbox"/> Poor |
| <input type="checkbox"/> Good | |

(If you need to respond to this type situation: The person being interviewed starts talking about a family member’s health problems...say I am sorry to hear about that. But because this is a completely random survey, we only need information about your health, not the health of your family members OR I am sorry to hear about that. Maybe some of the answers you give today will help us and our community leaders address some of these types of issues.)

10. Where do you get most of your health-related information? Please choose only one. *(Read choices.)*

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Books/magazines/newspapers | <input type="checkbox"/> Help lines |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Doctor/nurse/pharmacist | <input type="checkbox"/> School |
| <input type="checkbox"/> Friends and family | <input type="checkbox"/> Television |
| | <input type="checkbox"/> Other _____ |

11. Where do you most often when you are sick or need advice about your health? *(DO NOT read the options. Mark only the one they say. If they cannot think of one, read: Here are some possibilities. Read responses. Choose the one that you usually go to.)*

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Community Health Center | <input type="checkbox"/> Medical Clinic |
| <input type="checkbox"/> Doctor's office | <input type="checkbox"/> Minute Clinics |
| <input type="checkbox"/> Durham Center Access | <input type="checkbox"/> Pharmacy |
| <input type="checkbox"/> Health department | <input type="checkbox"/> Urgent Care Center |
| <input type="checkbox"/> Hospital Emergency Department | <input type="checkbox"/> Workplace nurse |
| | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Access to Healthcare:

12. During the past 12 months, was there any time that you did not have any health insurance or coverage?

___ Yes ___ No

13. In the past 12 months, did you ever have a problem getting the health care you needed from any type of health care provider or facility?

___ Yes ___ No *(now skip to question #15)*

14. Since you said “yes”, which of these problems did you have? You can choose as many of these as you need to. If there was a problem you had that we do not have here, please tell us and I will write it in. *(Read Problems.)*

- a. ___ I didn't have health insurance.
- b. ___ My insurance didn't cover what I needed.
- c. ___ My share of the cost (deductible/co-pay) was too high.
- d. ___ Doctor would not take my insurance or Medicaid.
- e. ___ I didn't have a way to get there.
- f. ___ I didn't know where to go.
- g. ___ I couldn't get an appointment.
- h. ___ Language barrier
- i. ___ Other: _____

15. About how long has it been since you last visited a doctor or health care provider for a routine physical exam or wellness checkup? Do not include times you visited the doctor because you were sick or pregnant.

- ___ Within the past 12 months
- ___ 1-2 years ago
- ___ 3-5 years ago
- ___ More than 5 years ago
- ___ I have never had a routine physical or wellness checkup.

If you need to respond to this question: A routine checkup is when the doctor or nurse checks you all over, checks your blood pressure, looks in your ears, listens to your breathing, taps your abdomen, bunks your knees and usually checks your cholesterol.

16. In the past 12 months, did you have a problem filling a medically necessary prescription?

___ Yes ___ No *(now skip to question #18)*

17. Since you said “yes”, which of these problems did you have? You can **choose as many of these as you need to**. If there was a problem you had that we do not have here, please tell us and I will write it in. (*Read Problems.*)

- a. ___ I didn't have health insurance.
- b. ___ My insurance didn't cover what I needed.
- c. ___ My share of the cost (deductible/co-pay) was too high.
- d. ___ I didn't have a way to get there.
- e. ___ Other: _____

18. Was there a time during the past 12 months when you needed to get dental care, but could not?

___ Yes ___ No (*now skip to #20*)

19. Since you said “yes”, why could you not get dental care? You can choose as many of these as you need to. If there was a problem you had that we do not have here, please tell us and I will write it in. (*Read Problems.*)

- a. ___ I didn't have dental insurance.
- b. ___ My insurance didn't cover what I needed.
- c. ___ I couldn't afford the cost.
- d. ___ I didn't have a way to get there.
- e. ___ Dentist would not take my insurance or Medicaid.
- f. ___ Other: _____

Mental Health:

20. If you needed help, or if a friend or family member needed counseling for a mental health or a drug/alcohol abuse problem, who would you tell them to call or talk to? (*DO NOT read the options. Mark only the ones they say. If they can't think of anyone... Here are some possibilities. You can choose as many as you want. Read responses. Which do you think you would choose?*)

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| a. ___ Private counselor or therapist | e. ___ Doctor |
| b. ___ Support group (e.g., AA, Al-Anon) | f. ___ Minister/religious official |
| c. ___ School counselor | g. ___ Family/friends |
| d. ___ Durham Center Access | h. ___ Don't know |
| | i. ___ Other: _____ |

21. In the past 30 days, have there been any days when feeling sad or worried kept you from going about your normal business?

___ Yes ___ No

22. Please answer yes or no to the following:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| a. I feel connected to family and friends | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| b. I have a social group of friends | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| c. I have someone in my life with whom I can share my private feelings and concerns | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| d. I have a religious/spiritual community | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| e. I have a social outing at least once a week | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| f. There are people in my life that help me | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| g. I am available to help others | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Exercise

23. In a typical week, how many days would you say you engage in a physical activity that lasts at least 20 – 30 minutes?

- None (*skip to # 25*)
- 1 -2
- 3 -5
- 6 -7

24. Where do you go to exercise or engage in physical activity? Check all that apply and then skip to #26. (Read responses.)

- | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> Durham YMCA | e. <input type="checkbox"/> Private gym/pool |
| b. <input type="checkbox"/> Park | f. <input type="checkbox"/> Home |
| c. <input type="checkbox"/> Public Recreation Center | g. <input type="checkbox"/> Work |
| d. <input type="checkbox"/> Neighborhood | h. <input type="checkbox"/> Other: _____ |

25. If you said “none”, what are the reasons you do not exercise for 20-30 minutes during a normal week? You can give as many of these reasons as you need to. (DO NOT read the options. Mark only the ones they say. If they really can't think of one, then mark I don't know.)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> My job is physical or hard labor | f. <input type="checkbox"/> I don't like to exercise. |
| b. <input type="checkbox"/> I don't have access to an exercise facility | g. <input type="checkbox"/> There is no safe place to exercise. |
| c. <input type="checkbox"/> I'm too tired to exercise. | h. <input type="checkbox"/> I'm physically disabled. |
| d. <input type="checkbox"/> I don't have enough time to exercise. | i. <input type="checkbox"/> Other |
| e. <input type="checkbox"/> It costs too much to exercise | j. <input type="checkbox"/> I don't know |

26. How many hours per day do you watch TV, play video games, or use the computer for recreation?

- 0-1 hour 2-3 hours 4-5 hours 6+ hours

Diet

27. Thinking about breakfast, lunch, and dinner, how many times a week do you eat meals that were not prepared at home, like from restaurants, cafeterias, or fast food? (*Read responses.*)

- Never
- Once a week
- 2-3 times a week
- Almost everyday

28. In the last 12 months, did you ever cut the size of your meals, skip meals, or cut back on food because there wasn't enough money for food? (*Read responses.*)

- Yes, all of the time
- Yes, sometimes
- No
- Don't know

29. Not counting juice, how many days do you eat fruit in an average week?

- None
- 1 -2
- 3 -5
- 6 -7

30. How many days do you eat vegetables in an average week?

- None
- 1 -2
- 3 -5
- 6 -7

31. What do you think makes it hard for you to eat healthy? Tell me all that apply. (*Read responses Wait for a reply after each statement.*)

- I do eat healthy-it's not hard (*Skip to next question*)
- Healthy food doesn't taste good
- Healthy food costs too much
- It takes time to prepare and shop for healthy choices
- Lack of knowledge about cooking and preparation
- It's hard to find healthy choices when you eat outside the home
- There aren't places in my neighborhood to buy healthy foods
- Because nobody else in my family would eat it
- Other: _____

Smoking:

32. Do you currently smoke? ___ Yes ___ No
33. Do you currently use chewing tobacco? ___ Yes ___ No (skip to question #35 only if person said “no” to both smoking and chew tobacco)
34. If yes, where would you go for help if you wanted to quit?
(DO NOT read the options. Mark all that apply. Mark only the ones they say.)
- | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| a. ___ Quitline NC | f. ___ Health Department |
| b. ___ Doctor | g. ___ I don’t know |
| c. ___ Church | h. ___ Other: _____ |
| d. ___ Pharmacy | i. ___ Not applicable; I don’t want to quit |
| e. ___ Private counselor/therapist add worksite | |
35. Have you ever been told by a **doctor, nurse, or other health professional** that you have any of the conditions I am about to read?
- | | | |
|------------------------------------|---------|--------|
| a. Asthma | ___ Yes | ___ No |
| b. Cancer | ___ Yes | ___ No |
| c. Depression or anxiety disorder | ___ Yes | ___ No |
| d. High blood pressure | ___ Yes | ___ No |
| e. High cholesterol | ___ Yes | ___ No |
| f. Diabetes (not during pregnancy) | ___ Yes | ___ No |
| g. Osteoporosis | ___ Yes | ___ No |
| h. Overweight/Obesity | ___ Yes | ___ No |

Household:

36. Are you currently caring for:
- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| ___ Elderly or disabled parent | ___ Disabled child |
| ___ Grandchild | ___ Foster child(ren) |
| ___ Disabled spouse/partner | ___ Family member with chronic illness |
| ___ None (Do not read this response) | |
37. Does anyone in your household, including yourself, need support to be independent in daily activities because of a:
- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| Physical disability | ___ Yes ___ No |
| Developmental disability | ___ Yes ___ No |
| Mental illness or substance abuse/dependence | ___ Yes ___ No |
| Difficulty seeing or hearing | ___ Yes ___ No |
| Medical conditions | ___ Yes ___ No |
| Trouble reading, speaking, or understanding English | ___ Yes ___ No |
38. Do you have children between the ages of 9 and 19?
- ___ Yes ___ No (Skip to #40)

39. Do you think any of your children could use more information on any of the following risky behaviors I am about to read? (Read list. Allow time for a yes or no following each item. Check all that apply.)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> Alcohol | e. <input type="checkbox"/> Tobacco | i. <input type="checkbox"/> HIV/STDs |
| b. <input type="checkbox"/> Eating Disorders | f. <input type="checkbox"/> Sexual Intercourse | j. <input type="checkbox"/> Drug/prescription med abuse |
| c. <input type="checkbox"/> Mental Health issues | g. <input type="checkbox"/> Reckless driving/speeding | k. <input type="checkbox"/> Violence prevention (bullying, gang violence) |
| d. <input type="checkbox"/> Exposure to negative/risky internet content | h. <input type="checkbox"/> Other | |

Part 4. Emergency Preparedness

40. In a disaster, what would you rely on the most for information? (Read responses. Check only one)

- | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> 211 |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Word of mouth | <input type="checkbox"/> Other _____ |

41. If you couldn't remain in your house, where would you go in a community-wide emergency? (DO NOT read the options.) Choose one.

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NCCU | <input type="checkbox"/> Relative/friend | <input type="checkbox"/> Emergency Shelter |
| <input type="checkbox"/> Duke | <input type="checkbox"/> Red Cross | <input type="checkbox"/> Don't know |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Hospitals | |

42. If there was an emergency, do you have transportation to get to someplace safe?

- Yes No

43. Does your household have a family emergency plan and emergency supply kit?

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, plan only | <input type="checkbox"/> Yes, supply kit only |
| <input type="checkbox"/> Yes, both | <input type="checkbox"/> No |

*Family Emergency plan is for when you must to leave your home due to a fire or other disaster. This plan will include a contact person, important papers, safe place to meet, etc.
An emergency supply kit might include: water, medicines, flashlight, extra batteries, etc.*

Part 5. Demographic Questions

The next set of questions are general questions about you, which will only be reported as a summary of all answers given by survey participants. Your answers will remain anonymous.

44. How old are you? (Mark age category.)

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 - 24 | <input type="checkbox"/> 25 - 34 | <input type="checkbox"/> 45 - 54 | <input type="checkbox"/> 65 - 74 |
| <input type="checkbox"/> 20 - 24 | <input type="checkbox"/> 35 - 44 | <input type="checkbox"/> 55 - 64 | <input type="checkbox"/> 75 or older |

45. What is your gender? *(In most cases, this question can be answered by the interviewer without asking.)*

_____ Male _____ Female _____ Other/Transgender

46. Are you Hispanic or Latino?

_____ Yes _____ No

47. What is your race? **Please check all that apply.**
If they do not respond immediately, read the categories.

_____ Black or African American	_____ American Indian/Alaskan Native
_____ Asian or Pacific Islander	_____ White
_____ Other: _____	_____ Prefer not to answer

48. What languages do you speak at home?

_____ English	Other _____
_____ Spanish	Other _____

49. What is the highest level of school, college or vocational training that you have finished?
(Read choices. Mark only one.)

_____ Some high school, no diploma
 _____ High school diploma or GED
 _____ Associate’s Degree or Vocational Training
 _____ Some college (no degree)
 _____ Bachelor’s degree
 _____ Graduate or professional degree
 _____ Other: _____

50. What was your total household income last year, before taxes? I will read out 5 categories. Let me know which you fall into.*(Read choices. Mark only one.)*

_____ Less than \$14,999	_____ \$35,000 to \$49,999
_____ \$15,000 to \$24,999	_____ \$50,000 to \$74,999
_____ \$25,000 to \$34,999	_____ Over \$75,000
_____ Refused to answer question	

51. How many people does your income support? _____

(If you are asked about child support: If you are paying child support but your child is not living with you, this still counts as someone living on your income.)

52. What is your employment status? I will read a list of choices. Let me know which ones apply to you. (*Read choices. Check all that apply.*)

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| a. <input type="checkbox"/> | Employed full-time | f. <input type="checkbox"/> | Disabled |
| b. <input type="checkbox"/> | Employed part-time | g. <input type="checkbox"/> | Student |
| c. <input type="checkbox"/> | Retired | h. <input type="checkbox"/> | Homemaker |
| d. <input type="checkbox"/> | Military | i. <input type="checkbox"/> | Self-employed |
| e. <input type="checkbox"/> | Unemployed | | |

53. Do you have access to the Internet? Yes No

54. Which form of communication do you regularly use?

<input type="checkbox"/> Land line telephone	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cell phone	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Texting	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Twitter	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> MySpace	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

55. What one thing would make Durham County or your neighborhood a healthier place to live?

Record response: _____

APPENDIX D
Durham County Community
Health Opinion Survey, 2010
(Spanish)

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA SALUD DE LA COMUNIDAD



HEALTHY CAROLINIANS



Buenos días/tardes, me llamo _____ y me acompaña _____. Venimos en representación del Departamento de Salud del condado de Durham. *(Muestren sus identificaciones.)* Queríamos pedirle que participara en una encuesta sobre la salud en nuestro condado. El suyo es uno de los domicilios que se eligieron al azar. El objetivo de la encuesta es obtener información sobre la salud y la calidad de vida en el condado de Durham en Carolina del Norte. El Departamento de Salud del condado de Durham, Partnership for a Healthy Durham (Sociedad Colectiva para que seamos saludables en Durham) utilizarán estos datos para crear planes que sirvan para solucionar los problemas importantes de salud y comunitarios del condado de Durham. Todas las respuestas que usted nos dé serán completamente confidenciales y nunca serán relacionadas con usted por ningún motivo. Esta encuesta es totalmente voluntaria. Tardaremos unos 20 minutos en completarla. Si ya le han hecho la encuesta en otra ocasión o no reside en el condado de Durham, díganoslo. ¿Desea participar?

Encuesta de opinión sobre la salud de la comunidad del condado de durham

SECCIÓN 1. Preguntas sobre la calidad de vida

Las primeras preguntas se refieren a algunos aspectos de la vida en el condado de Durham. Díganos si está "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con cada una de las 4 afirmaciones siguientes. *(Lea las descripciones solamente si necesita provocar una respuesta del encuestado)*

Preguntas	Elija un número para cada una de las afirmaciones siguientes.			
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>1. ¿Qué piensa de la afirmación: "El condado de Durham es un buen lugar para tener hijos"? Piense en la calidad y seguridad de las escuelas y los programas de guardería infantil, los programas extraescolares y los lugares en los que los niños pueden jugar en el condado.</p>	1	2	3	4
<p>2. ¿Qué piensa de la afirmación: "El condado de Durham es un buen lugar para personas de edad avanzada"? Piense si en el condado existen viviendas para personas de edad, servicios de transporte a los centros médicos, esparcimiento y servicios para mayores.</p>	1	2	3	4
<p>3. ¿Qué piensa de la afirmación: "En el condado de Durham existen muchas oportunidades económicas"? Piense en la cantidad y calidad de puestos de trabajo, las oportunidades de capacitación laboral y educación superior, y la existencia de vivienda asequible en el condado de Durham.</p>	1	2	3	4
<p>4. ¿Qué piensa de la afirmación: "En el condado de Durham existen muchas ayudas para las personas y las familias necesitadas"? Piense en el sistema de apoyo social del condado de Durham: vecinos, grupos de apoyo, iniciativas comunitarias de las iglesias, organizaciones de la comunidad, servicios de salud mental y asistencia monetaria de emergencia.</p>	1	2	3	4

SECCIÓN 2. Problemas y asuntos de la comunidad

Asuntos ambientales

5. Las preguntas siguientes se refieren a asuntos ambientales. Por favor mire esta lista y elija los asuntos más graves del condado de Durham. Puede elegir un máximo de tres. *Entregue al encuestado la lista de asuntos comunitarios.* Recuerde que ésta es su opinión solamente y que las respuestas no serán ligada a usted de ninguna manera. Si alguno de los asuntos que usted considera más graves no está en la lista, dígamelo para que lo pueda escribirlo a máquina. Si lo prefiere, puedo leer la lista en voz alta mientras usted piensa en las respuestas. *Si el encuestado lo prefiere, lea la lista en voz alta.*

<input type="checkbox"/> Control de animales <input type="checkbox"/> Recogida y eliminación de basura poco frecuente <input type="checkbox"/> Plagas de casa (chinchas, cucarachas, ratas, etc.) <input type="checkbox"/> Mosquitos <input type="checkbox"/> Intoxicación por plomo <input type="checkbox"/> Contaminación del aire	<input type="checkbox"/> Crecimiento de la población <input type="checkbox"/> Reciclaje insuficiente <input type="checkbox"/> Inhalación indirecta del humo de cigarrillos <input type="checkbox"/> Seguridad de la comida de restaurante <input type="checkbox"/> Basura en el borde de la carretera <input type="checkbox"/> Carreteras en mal estado, inseguras <input type="checkbox"/> Acero o cruce en mal estado, inseguro	Agua <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Pozo privado <input type="checkbox"/> Agua de recreo impuro e inseguro <input type="checkbox"/> Sistema séptico defectuoso Otro: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Asuntos comunitarios

6. Las preguntas siguientes se refieren a asuntos que afectan a toda la comunidad y que influyen mayormente en la calidad de vida general del condado de Durham. Lea esta lista de asuntos comunitarios. *(Entregue al encuestado la lista de asuntos comunitarios.)* Se debe tener presente usted mismo/a y las personas de su vecindario, elija los asuntos comunitarios que más afectan la calidad de vida del condado de Durham. Puede elegir un máximo de tres. Recuerde que ésta es su opinión solamente y que las respuestas no serán ligada a usted de ninguna manera. Si alguno de los asuntos que usted considera más graves no está en la lista, dígamelo para que lo pueda añadir. Si lo prefiere, puedo leer la lista en voz alta mientras usted piensa en las respuestas. *(Si el encuestado lo prefiere, lea la lista en voz alta.)*

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad de servicios de guardería | Abandono y abuso <i>(indique tipo)</i> |
| <input type="checkbox"/> Falta de servicios médicos adaptados a su cultura | <input type="checkbox"/> Abuso de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Participación en las pandillas | <input type="checkbox"/> Abuso de niños |
| <input type="checkbox"/> Falta de seguro médico o seguro médico insuficiente | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Servicios médicos asequibles | <input type="checkbox"/> Violaciones/asaltos sexuales |
| <input type="checkbox"/> Actividades familiares sanas disponibles | <input type="checkbox"/> Crímenes violentos (asesinatos, asaltos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad de alimentación sana | <input type="checkbox"/> Racismo |
| <input type="checkbox"/> Personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Falta de instalaciones de recreo (parques, senderos, centros comunitarios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada o no asequible | <input type="checkbox"/> Abandono de los estudios |
| <input type="checkbox"/> Carreteras peligrosas o sin mantener | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad de actividades positivas para adolescentes | <input type="checkbox"/> Pocas opciones de transporte |
| <input type="checkbox"/> Pobreza | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Conducta arriesgada para la salud

7. Las preguntas siguientes se refieren al comportamiento de algunas personas que puede afectar a toda la comunidad. Lea esta lista de conducta arriesgada para la salud. *(Entregue al encuestado la lista de conductas negativas.)* Se debe tener presente usted mismo/a y las personas de su vecindario, elija las conductas más arriesgadas que existen en el condado de Durham. Puede elegir un máximo de tres. Recuerde que ésta es su opinión solamente y que las respuestas no serán ligada a usted de ninguna manera. Si alguno de los problemas que usted considera más graves no está en la lista, dígamelo para que lo pueda añadir. Si lo prefiere, puedo leer la lista en voz alta mientras usted piensa en las respuestas. *(Si el encuestado lo prefiere, lea la lista en voz alta.)*

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> No ponerse el cinturón de seguridad | <input type="checkbox"/> Alimentación poco saludable |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o pastillas con receta médica | <input type="checkbox"/> No lavarse las manos | <input type="checkbox"/> Conducir imprudentemente o en estado de ebriedad |
| <input type="checkbox"/> Falta de hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> No ir al médico para chequeos y evaluaciones anuales | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco/fumar |
| <input type="checkbox"/> No ponerse vacunas para prevenir enfermedades | <input type="checkbox"/> No obtener cuidado prenatal (durante el embarazo) | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> No utilizar asientos de seguridad para niños | | <input type="checkbox"/> Sexo sin protección |
| | | <input type="checkbox"/> Comportamiento violento |
| | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Problemas de salud

8. Por favor mire esta lista de problemas de salud. (*Entregue al encuestado la hoja de problemas de salud.*) Se debe tener presente usted mismo/a y las personas de su vecindario, me gustaría que eligiera los problemas de salud más graves del condado de Durham. Puede elegir un máximo de tres. Si uno de los problemas que usted considera más graves no está en la lista, dígame para que lo pueda añadir. Si lo prefiere, puedo leer la lista en voz alta mientras usted piensa en las respuestas. (*Si el encuestado lo prefiere, lea la lista en voz alta.*)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adicción a alcohol, drogas o pastillas con receta médica | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca /ataques al corazón | <input type="checkbox"/> Salud mental (depresión, esquizofrenia, suicidio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la envejecimiento (enfermedad de Alzheimer, artritis, pérdida del audición o la vista, etc.) | <input type="checkbox"/> Muerte de recién nacidos /defectos congénitos | <input type="checkbox"/> Obesidad/sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas/contagiosas (tuberculosis, salmonela, neumonía, gripe, etc.) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | Heridas | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Atrasos del desarrollo | <input type="checkbox"/> De vehículo motor | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Salud dental | <input type="checkbox"/> De arma de fuego | <input type="checkbox"/> Embarazos de adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otras(caídas, atragantamiento, ahogamiento) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

SECCIÓN 3. Salud personal

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre la salud. Recuerde que las respuestas que da para esta encuesta no serán relacionadas con usted de ninguna manera.

9. ¿Cómo describiría usted su estado de salud? Elija solamente una de las opciones siguientes: (*Lea las opciones.*)

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Malo |
| <input type="checkbox"/> Bueno | |

(*Si se le presenta la siguiente situación.* Si el encuestado le empieza a hablar de los problemas de salud de un familiar, dígame: "Siento mucho lo que le pasa a su pariente, pero que como esta encuesta se hace totalmente al azar, solamente podemos incluir sus problemas de salud y no los de su familia." O "Siento mucho lo que le pasa a su pariente. Es posible que sus respuestas nos pueden ayudar a nosotros y a los líderes de la comunidad a resolver algunos de estos tipos de problemas".)

10. ¿Dónde obtiene usted la mayoría de la información sobre la salud? Elija solamente una respuesta. (*Lea las opciones.*)

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Libros/revistas/periódicos | <input type="checkbox"/> Ayuda por línea |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Médico/enfermera/farmacéutico | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Amigos y familia | <input type="checkbox"/> Televisión |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

11. **¿A dónde acude con más frecuencia cuando se enferma o necesita que le aconsejen sobre su salud? (NO lea las opciones. Marque solamente la que el encuestado le diga. Si no se le ocurre ninguna respuesta, lea: Estas son algunas posibilidades. Lea las respuestas. Elija el lugar a donde suele acudir.)**

<input type="checkbox"/> Centro médico comunitario	<input type="checkbox"/> Clínica
<input type="checkbox"/> Oficina de médico	<input type="checkbox"/> Clínica sin cita (de parte de CVS)
<input type="checkbox"/> Durham Access Center	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Departamento de salud	<input type="checkbox"/> Centro de cuidado urgente
<input type="checkbox"/> Sala de emergencia de hospital	<input type="checkbox"/> Enfermera en el lugar de trabajo
	<input type="checkbox"/> Otro: _____

12. **Durante el último año, ¿Había un tiempo cuando no tenía cobertura de asistencia médica?**

Sí No

13. **¿Ha tenido algún problema para obtener atención con algún proveedor o centro médico en los 12 últimos meses?**

Sí No (vaya a la pregunta #15)

14. **Como respondió que “sí”, ¿cuál de estos problemas tuvo? Puede elegir todos los que necesite. Si alguno de los problemas que tuvo no está en la lista, dígamelo y yo lo apuntaré. (Lea los problemas.)**

- j. No tenía seguro médico.
- k. Mi seguro no cubría lo que necesitaba.
- l. Mi parte del costo (deducible/copago) era demasiado alta.
- m. El médico no aceptaba mi seguro o Medicaid.
- n. No tenía ningún medio de transporte.
- o. No sabía a dónde ir.
- p. No podía conseguir una cita.
- q. Barrera del idioma
- r. Otro: _____

15. **¿Cuánto tiempo ha pasado desde que ha acudido a un médico o proveedor por un examen físico rutina o chequeo? No incluye visitas al doctor cuando estaba enfermo/a o embarazada.**

En los últimos 12 meses
 Hace 1 o 2 años
 Hace 3-5 años
 Hace más de 5 años
 Nunca he tenido examen físico o chequeo

16. **¿Ha tenido algún problema en los 12 últimos meses para obtener un medicamento con receta que le había mandado el médico?**

Sí No (vaya a la pregunta #18)

17. Como respondió que “sí”, ¿cuál de estos problemas tuvo? Puede elegir todos los que **necesite**. Si alguno de los problemas que tuvo no está en la lista, dígamelo y yo lo apuntaré. *(Lea los problemas.)*

- d. ___ No tenía seguro médico.
- e. ___ Mi seguro no cubría lo que necesitaba.
- f. ___ Mi parte del costo (deducible/copago) era demasiado alta.
- g. ___ La farmacia no aceptaba mi seguro o Medicaid.
- h. ___ No tenía ningún medio de transporte.
- i. ___ Otro: _____

18. ¿Necesitó la atención de un dentista en los últimos 12 meses pero no la recibió?

___ Sí ___ No *(vaya a la pregunta #20)*

19. Como respondió que “sí”, ¿por qué no la recibió? Puede elegir todas las respuestas que **necesite**. Si alguno de los problemas que tuvo no está en la lista, dígamelo y yo lo apuntaré. *(Lea los problemas.)*

- a. ___ No tenía seguro dental.
- b. ___ Mi seguro no cubría lo que necesitaba.
- c. ___ No me alcanza el dinero.
- d. ___ No tenía ningún medio de transporte.
- e. ___ El dentista no aceptaba mi seguro o Medicaid
- f. ___ Otro _____

La Salud Mental

20. Si usted, un amigo o familiar necesitaría consejería para algún problema de salud mental, de abuso de alcohol o de drogas ¿con quién le recomendaría que hablara? *(NO lea estas opciones. Marque solamente las que el encuestado le diga. Si no se le ocurre nada, lea: Estas son algunas posibilidades. Puede elegir todas las respuestas que quiera. Lea las respuestas. ¿A quién piensa que recomendaría?)*

- | | |
|------------------------------------------|-----------------------|
| a. ___ Consejero o terapeuta privado | e. ___ Médico |
| b. ___ Grupo de apoyo (ej.: AA. Al-Anon) | f. ___ Pastor/Clérigo |
| c. ___ Consejero escolar | g. ___ Familia/Amigos |
| d. ___ Durham Center Access | h. ___ No sabe |
| | i. ___ Otro _____ |

21. ¿Ha habido algún momento en los 30 últimos días en el que se sintiera tan triste o preocupado(a) que le costara trabajo seguir con sus actividades normales?

___ Sí ___ No

22. Por favor conteste sí o no a las siguientes declaraciones:

- a. Siento conectado emocionalmente a familia y amigos
- b. Tengo un grupo de amigos sociales
- c. Puedo compartir mis sentimientos privados y preocupaciones con alguien en mi vida.
- d. Tengo una comunidad religiosa/espiritual
- e. Tengo una excursión social por lo menos una vez a la semana
- f. Hay personas en mi vida que me ayuda
- g. Estoy disponible ayudar a otros

El ejercicio

23. En una semana típica, ¿Cuántas veces diría participa en algún tipo de ejercicio durante una semana que dure por lo menos media hora?

- ___ No lo hago (**Skip to #25**)
- ___ 1 - 2
- ___ 3 - 5
- ___ 6 - 7

24. ¿A dónde va para hacer ejercicios o practicar actividades físicas? Marque todas las respuestas que correspondan. *Lea las respuestas. Check all that apply and then skip to #26. (Read responses.)*

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| a. ___ YMCA en durham | e. ___ Gimnasio privado/piscina |
| b. ___ Parque | f. ___ Residencia |
| c. ___ Centro recreativo público | g. ___ Trabajo |
| d. ___ Vecindario | h. ___ Otra _____ |
| | i. ___ No haga ejercicio |

25. Como respondió que “no”, ¿cuáles son los motivos de que no haga ejercicio por lo menos media hora durante una semana normal? Puede darnos todas las razones que quiera. *(NO lea estas opciones. Marque solamente las que el encuestado le diga. Si no se le ocurre ningún motivo, marque "no sabe".)*

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| a. ___ Mi trabajo es físico o muy duro. | f. ___ No me gusta hacer ejercicio. |
| b. ___ No tengo acceso a un complejo de ejercicio. | g. ___ No tengo ningún lugar seguro donde hacer ejercicio. |
| c. ___ Estoy demasiado cansado para hacer ejercicio. | h. ___ Estoy incapacitado físicamente. |
| d. ___ No tengo suficiente tiempo para hacer ejercicio. | i. ___ Otro _____ |
| e. ___ Cuesta demasiado dinero hacer ejercicio (equipo, zapatillas, gimnasio). | j. ___ No sabe. |

26. ¿Cuántas horas al día ve la televisión, juega con videojuegos o se sienta delante de la computadora para esparcimiento?

___ 0-1 hora ___ 2-3 horas ___ 4-5 horas ___ Más de 6 horas

La Dieta

27. Piense en el desayuno, el almuerzo y la cena, cuantas veces come comida que no fue preparado en casa, como de restaurantes, cafetería o comida rápida. *Lea las respuestas.*

___ Nunca
 ___ Una vez a la semana
 ___ 2-3 veces a la semana
 ___ Casi todos los días

28. En los últimos 12 meses, ¿ha cortado el tamaño de su comida, ha omitido una comida, o ha reducido la comida porque no había bastante dinero para la comida? *Lea las respuestas.*

___ Si, siempre ___ Si, a veces ___ No ___ No sabe

29. Sin contar jugos de fruta, ¿cuántos días consume frutas durante una semana normal?

___ Ni un
 ___ 1 - 2
 ___ 3 - 5
 ___ 6 - 7

30. ¿Cuántos días consume verduras durante una semana normal?

___ Ni un
 ___ 1 - 2
 ___ 3 - 5
 ___ 6 - 7

31. ¿Por qué piense usted se le hace difícil comer saludable? Dígame todo que le aplique. *Lea las respuestas. Wait for a reply after each statement.)*

___ Como saludable – no es difícil (*Skip to next question*)
 ___ La comida saludable no tiene bien sabor
 ___ La comida saludable cuesta demasiado
 ___ Toma mucho tiempo preparar y hacer compras de comida saludable
 ___ Falta de conocimiento sobre cocinar y preparación
 ___ Es difícil hallar elecciones saludables al comer afuera
 ___ No hay lugares en mi vecindario comprar comida saludables
 ___ No hay nadie en la familia lo comería
 ___ Otro: _____

El Fumar

32. Actualmente, ¿fuma usted? Sí No

33. Actualmente, ¿Usa tabaco masticable? Sí No (skip to question #35 only if person said “no” to both smoking and chew tobacco)

34. Si respondió que sí, ¿a dónde acudiría para que le ayudaran dejar de fumar? *(NO lea estas opciones. Marque todas las respuestas que correspondan. Marque solamente las que el encuestado le diga.)*

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> Quit Now NC | f. <input type="checkbox"/> Departamento de salud |
| b. <input type="checkbox"/> Médico | g. <input type="checkbox"/> No sabe |
| c. <input type="checkbox"/> Iglesia | h. <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| d. <input type="checkbox"/> Farmacia | i. <input type="checkbox"/> No corresponde; ya que no quiero dejar de fumar |
| e. <input type="checkbox"/> Consejero o terapeuta privado | |

35. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud que sufría alguna de las afecciones siguientes que le voy a leer?

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| i. Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| j. Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| k. Depresión o trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| l. Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| m. Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| n. Diabetes (excepto si estaba embarazada) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| o. Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| p. Sobrepeso/obesidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

El Hogar

36. ¿Actualmente a quién tiene que cuidar...?

- Padre mayor o incapacitado Hijo incapacitado
 Nieto Niño/s acogido/s
 Pareja o esposo incapacitado Miembro de familia con enfermedad crónica
 Nadie (Do not read this response)

37. ¿A causa de que usted o una persona de la casa necesita ayuda con actividades cotidianas?

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Incapacidad física | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Discapacidad neuromotora | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad con la vista o audición | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Afecciones médicas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad al leer, hablar o comprender inglés | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

38. ¿Tiene algún hijo o hija de entre 9 y 19 años?

- Sí No (vaya a la pregunta 40)

39. ¿Piensa que su hijo o hija está involucrado(a) en alguna de las conductas peligrosas que le voy a leer? *(Responda sí o no después de cada conducta. Lea la lista y marque todas las respuestas que correspondan.)*

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| a. ___ Uso de alcohol | e. ___ Consumo de tabaco | i. ___ VIH/ETS (enfermedades de transmisión sexual) |
| b. ___ Trastornos alimenticios | f. ___ Relaciones sexuales | j. ___ Abuso de drogas |
| c. ___ Problemas de salud mental | g. ___ Conducir de forma arriesgada o de alta velocidad | k. ___ Prevención de violencia (acoso escolar, violencia de pandilla) |
| d. ___ Exposición a contenido del Internet negativo/arriesgado | h. ___ Otras | |

SECCIÓN 4. Preparación para casos de emergencia

40. Durante un desastre, ¿contaría más con que para recibir información? *Lea las respuestas. Choose only one.*

- | | |
|--------------------|-----------------|
| ___ Televisión | ___ 211 |
| ___ Radio | ___ El Internet |
| ___ El boca a boca | ___ Otra |

41. ¿A dónde irá en una emergencia que afecta la comunidad si no podía quedar en su casa? *(DO NOT read the options.) Choose one.*

- | | | |
|-------------|---------------------|----------------------------|
| ___ NCCU | ___ Parientes/amigo | ___ Albergue de emergencia |
| ___ Duke | ___ Red Cross | ___ No sabe |
| ___ Escuela | ___ Hospital | |

42. ¿Tiene transportación para acudir a algún lugar seguro en caso de emergencia?

- _____ Sí _____ No

43. ¿Tiene su familia un plan y paquete de suministros básicos para emergencias?

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| ___ Sí, plan solamente | ___ Sí, suministros básicos |
| ___ Sí, ambos | ___ No |

Un plan para emergencias es cuando usted tiene que salir de su casa porque hay un incendio u otro desastre. Este plan incluye los datos de una persona a quien llamar, papeles importantes, un lugar seguro para encontrarse, etc. Un paquete de suministros básicos para emergencias puede incluir: agua, medicinas, lámpara de mano, pilas de repuesto, etc.

SECCIÓN 5. Preguntas demográficas

Las preguntas siguientes son preguntas generales sobre usted y solamente aparecerán en un resumen de todas las respuestas que hayan dado los participantes de la encuesta. Sus respuestas permanecerán anónimas.

44. ¿Cuántos años tiene? (Marque una categoría.)

- | | | | |
|---------------|---------------|---------------|----------------|
| _____ 15 - 19 | _____ 25 - 34 | _____ 45 - 54 | _____ 65 - 74 |
| _____ 20 - 24 | _____ 35 - 44 | _____ 55 - 64 | _____ 75 o más |

45. ¿Qué genero es usted? *(En la mayoría de los casos, el entrevistador puede responder a esto sin preguntar.)*

Hombre Mujer Otro/identificación con otro género

46. ¿Es usted de origen hispano?

Sí No

47. ¿De qué raza es usted? **Please check all that apply.**
If they do not respond immediately, read the categories.

Negra o afroamericana Amerindio o indígena de Alaska
 Asiática o isleño del pacífico Blanca
 Otra: _____

48. A. ¿Qué idioma habla en case?

Inglés Otro _____
 Español Otro _____

49. ¿Cuál es el curso más alto que ha completado en la escuela, la universidad o la escuela vocacional? *(Lea las respuestas. Marque solamente una.)*

Escuela secundaria, pero sin diploma
 Diploma de secundaria o equivalente
 Diploma universitario de dos años o capacitación vocacional
 Universidad, pero sin diploma
 Título universitario
 Título de posgrado o profesional
 Otro: _____

50. ¿Cuáles fueron los ingresos totales de su familia durante el año anterior, sin contar impuestos? Le voy a leer cinco categorías. Dígame a cuál pertenece usted. *(Lea las opciones. Marque solamente una.)*

Menos de \$14,999 \$35,000 a \$49,999
 \$15,000 a \$24,999 \$50,000 a \$74,999
 \$25,000 a \$34,999 Más de \$75,000
 Rechazó contestar pregunta

51. ¿Cuántas personas viven de estos ingresos? _____

(Si le pregunta si la pensión alimenticia cuenta: Si paga una pensión alimenticia a un hijo que no vive con usted, también cuenta como persona que vive con sus ingresos.)

52. ¿Cuál es su situación laboral? Le voy a leer la lista de opciones. Dígame cuál es su caso. *(Lea las opciones. Marque todas las que correspondan.)*

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| a. _____ Empleado a tiempo completo | f. _____ Discapacitado |
| b. _____ Empleado a tiempo parcial | g. _____ Estudiante |
| c. _____ Jubilado | h. _____ Ama de casa |
| d. _____ Militar | i. _____ Autónomo |
| e. _____ Desempleado | |

53. ¿Tiene acceso a Internet? _____ Sí _____ No

54. ¿Cuál forma de comunicación usa regularmente?

Teléfono de línea de tierra	_____ Sí	_____ No
Teléfono celular	_____ Sí	_____ No
Envíos de mensajes de texto	_____ Sí	_____ No
Correo electrónico	_____ Sí	_____ No
Facebook	_____ Sí	_____ No
Twitter	_____ Sí	_____ No
MySpace	_____ Sí	_____ No
Otro	_____ Sí	_____ No

55. ¿Qué es una cosa que hiciera el condado de Durham o su vecindario un lugar de vivir más saludable?

Anote la respuesta: _____

APPENDIX E

Durham Health Innovations: Overview

In August 2011, a Durham Health Innovations team collaborated with the Partnership for a Healthy Durham to conduct a series of listening sessions in Durham neighborhoods designated for piloting DHI health improvement strategies. The results of these listening sessions were critical in helping DHI determine priority areas for its neighborhood pilot project.

DHI is a partnership between Duke Medicine and the Durham community that seeks to improve the health status of Durham County residents. Ten DHI teams completed an 8-month planning process in December 2009 culminating in reports that evaluated health service provision and coordination around adolescent health, asthma and chronic obstructive pulmonary disease, cancer, cardiovascular disease, diabetes, HIV and sexually transmitted diseases, maternal health, obesity, pain management and substance abuse, and seniors' health. As part of this process, teams conducted focus groups, town hall meetings, and interviews which were summarized in each team's final report. The reports were synthesized by a DHI Oversight Committee and a series of recommendations made by the teams were put forth. The recommendations included:

1. Increase Care Coordination: Deploy persons trained to assist with navigation of resources and/or coordination of health-related services while working to eliminate barriers to access services and resources.
2. Increase utilization of Advanced Practice Clinicians (APCs) including nurse practitioners (NPs), physician assistants (PAs), certified nurse midwives (CNMs) and certified nurse specialists (CNSs).
3. Expand health-related services provided in group settings.
4. Leverage information technology and informatics capabilities to improve support for patients and health care providers.
5. Utilize social hubs such as places of worship, community centers, salons and barbershops as important locations for the provision and coordination of health-related social and medical services.
6. Integrate social, medical, and mental health services in a way that would contribute to overcoming some barriers to care.

7. Use traditional commercial marketing methods with the aim of influencing the behaviors of “customers” in order to contribute to some social good.

In the fall of 2010, DHI conducted a community health assessment in three regions of Durham to determine which neighborhoods would be selected for implementing these recommendations. Seven neighborhoods (in Southwest Central Durham and Northeast Central Durham) were chosen for the DHI pilot and two Community Health Organizers (CHOs) were hired to build capacity in these neighborhoods and to determine specific priority health needs, assets, and resources per neighborhood. **The community listening sessions supported what the CHOs learned through their field work. As a result, DHI identified two priority areas for the first phase of its pilot to include 1) health care access and 2) healthy eating, lifestyles and exercise / chronic disease prevention and management.**

To this end, the Durham Health Innovations neighborhood pilot goals are:

1. Increase access to health care in each Durham neighborhood with an integrated health care infrastructure: community health organizers, community ambassador sites, community clinics and services and community experts of Durham/Duke health care delivery system.
2. Improve health outcomes of Durham residents and Duke/Durham County employees with local health campaign.
3. Reduce unnecessary utilization of Durham/Duke Health Care delivery system (e.g. EMT and EDs).

DHI is the process of implementing a series of steps to achieve these goals, including:

1. Implementing a Neighborhood Health Navigators program in which neighborhood residents are trained as health system/resource experts and deployed in neighborhoods and community centers. They identify and address barriers by connecting residents with existing services.
2. Connecting community partners and working with neighborhood residents to ensure healthy schools and neighborhoods, safe places to exercise, and access to healthy foods. For example, the DHI Achieving Healthy Bodies for a Lifetime (AHL) team is successfully:
 - a. Calculating body mass index (BMI) for every child at YE Smith (n=360)
 - b. Providing raw fruit or vegetable (FV) snack to all students at YE Smith three days/week in conjunction with Durham Public Schools (DPS) and Child Nutrition Services (CNS) USDA grant
 - c. Achieving 100% teacher and student participation in Teacher & Student Walking Groups and 100% classroom participation in the Dine for Life program offered by DCHD Nutrition Division and augmented by AHL.

- d. Organizing the first half of premier Interfaith Food Shuttle cooking class offered as “Friday Club” choice in regular school curriculum.
 - e. Launching new aspect of “Let’s Move, Faith Communities” program in Union Baptist and expanding to other faith organizations.
 3. Supporting the Achieving Healthy Bodies for a Lifetime team and other DHI teams to expand efforts to address chronic disease prevention and management in health ambassador sites which will serve as:
 - Hubs for community conversations around health improvement
 - Neighborhood centers for health activities
 - Hubs for health information and resource distribution
 4. Working with Health Ambassador Sites to facilitate a capacity-building process that involves neighborhood leaders, stakeholders, business owners, and residents.

APPENDIX F

Explanation of Peer Counties

For context, we compare Durham’s rates with those of the entire state of North Carolina. For this assessment we also compared Durham’s rates with those of three other North Carolina counties: Cumberland, Guilford and Wayne. These counties were selected by a data query system called NC-CATCH using the following criteria:

Durham’s Peer Counties: Cumberland, Guilford, Wayne

Each North Carolina county has 3 or 4 peer counties based on:

- ✓ % of population less than 18 years old
- ✓ % of population over 64 years old
- ✓ % of non-white population
- ✓ % of families with children (<18) living below the poverty level
- ✓ Total county population size

At the time of this document going to press, the North Carolina State Center for Health Statistics began to enhance and manage this data query system (formerly called NC-CATCH). The new version is called HealthStats. Neither website is currently active, but the text below provides a detailed explanation of how these peer counties were selected and initially came from the NC-CATCH website.

The CATCH methodology utilizes a “peer” comparison technique for identifying areas of possible concern. State and national values for health indicators are valuable comparisons, but do not compare similar populations, and thus, much of the variance found in those comparisons could be easily explained by differences in age, race, and poverty level. Also, rarely does there exist another single county in the state whose demographic and socioeconomic characteristics exactly match the subject county. Thus, the CATCH peer group is composed of three or four counties whose demographics, socioeconomics, and total population most closely match the subject county’s profile.

The peer counties are identified using a two step process in which 1) possible peer counties are selected based upon age, race, and poverty characteristics, and 2) the final peer counties are selected from a group of counties within the same population range as the subject county.

The initial selection criteria include percentage of population less than age 18, percentage of population greater than age 64, percentage of non-white population, and percentage of families with children < age 18 below poverty level. The most recent five-year data are used for this purpose as these indicators tend to be very stable over time. Once all 99 comparison counties are rank ordered from least to greatest total variation, An algorithm featuring the natural logarithm of the total population is used to select the demographically-closest counties that are within the same total population range as the subject county. The closest four counties are reviewed manually and either three or four, depending on the natural difference break, are selected.