

Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

¡El condado de SLO está desarrollando un Plan Maestro sobre el Envejecimiento y quiere saber lo que usted piensa! **Esta encuesta es para Cuidadores de adultos mayores y personas con discapacidades.**

Estamos definiendo a un cuidador como "cualquier pariente, compañero, amigo o vecino que tiene una relación personal significativa con, y proporciona una amplia gama de ayuda para, una persona mayor o un adulto con una condición crónica o incapacitante".

Completar la encuesta llevará entre 10 y 15 minutos. Los resultados se usarán para diseñar programas y servicios en el Condado de SLO.

Instrucciones: Por favor, responda a las siguientes preguntas **en su papel de cuidador**. Encierre en un círculo el número que mejor refleje su opinión acerca de cada una de las siguientes afirmaciones. Si no está seguro o no sabe, encierre DK en un círculo.

Factores de Estrés del Cuidador	Nunca	Rara vez	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre
1. Debido al tiempo que paso como cuidador, no tengo tiempo suficiente para mí mismo.	0	1	2	3	4
2. Me siento estresado entre el cuidado de mi familiar y el intento de cumplir con mis otras responsabilidades familiares y/o laborales.	0	1	2	3	4
3. Me siento tenso o angustiado acerca de la persona a la que cuido.	0	1	2	3	4
4. No sé qué hacer con la persona a la que cuido a corto o largo plazo.	0	1	2	3	4

Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

Conexiones Sociales del Cuidador	Casi nunca	Algunas veces	A menudo
5. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3
6. ¿Con qué frecuencia se siente excluido?	1	2	3
7. ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?	1	2	3

Instrucciones: Por favor, responda a las siguientes preguntas acerca de **la persona a la que cuida**. Marque con un círculo el número que mejor refleje su opinión acerca de cada una de las afirmaciones siguientes. Si no está seguro o no lo sabe, marque DK.

Salud Física (la persona a la que cuida)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No lo Sé
8. Acude regularmente a un médico o enfermera de atención primaria para recibir atención médica básica y prevención.	1	2	3	4	5	DK
9. Recibe atención de un profesional médico para necesidades de salud más especializadas como diabetes, cardiopatías, etc.	1	2	3	4	5	DK
10. Es tratado por profesionales médicos que comprenden las necesidades	1	2	3	4	5	DK

Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

Salud Física (la persona a la que cuida)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No lo Sé
de los adultos mayores y las personas con discapacidad.						
11. Está satisfecho con el acceso a recetas y otros medicamentos.	1	2	3	4	5	DK
12. Conoce la cobertura de su seguro médico y sus beneficios.	1	2	3	4	5	DK
13. Se siente cómodo reuniéndose con profesionales de la salud por teléfono o computadora (telesalud).	1	2	3	4	5	DK
14. Puede permitirse pagar las recetas y los medicamentos relacionados con la salud	1	2	3	4	5	DK
Vivienda (la persona a la que cuida)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No lo Sé
15. Puede costearse su situación de vivienda actual	1	2	3	4	5	DK
16. Está satisfecha con su situación de vivienda.	1	2	3	4	5	DK
17. Es capaz de desenvolverse con cierta independencia en su situación de vivienda actual.	1	2	3	4	5	DK
18. Dispone de protecciones para limitar las caídas y	1	2	3	4	5	DK

Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

Salud Física (la persona a la que cuida)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo o ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	No lo Sé
favorecer la movilidad en su hogar.						
19. Podría tener que cambiar de vivienda debido a su edad y/o discapacidad.	1	2	3	4	5	DK

20. ¿Qué servicios y apoyos son los **MÁS** importantes para **la persona a la que cuida**? (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Conseguir comidas y alimentos saludables	<input type="checkbox"/> Ayuda para entender o gestionar mis finanzas
<input type="checkbox"/> Ayuda para entender la información escrita o lo que alguien dice en un idioma que no sea el inglés.	<input type="checkbox"/> Ayuda con asuntos legales como testamentos, fideicomisos, poderes notariales, disputas sobre alquileres, etc)
<input type="checkbox"/> Ayuda para ir y volver de las citas y actividades	<input type="checkbox"/> Ayuda para conseguir trabajo
<input type="checkbox"/> Ayuda para obtener asistencia y beneficios económicos.	<input type="checkbox"/> Ayuda para usar la computadora o el teléfono
<input type="checkbox"/> Programas/clases de actividad física y acondicionamiento físico	<input type="checkbox"/> Ayuda para entender el seguro médico y los beneficios

21. ¿Qué servicios y apoyos son **MÁS** importantes para **USTED como cuidador**? (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Organizar cuidados temporales para tener tiempo para usted mismo	<input type="checkbox"/> Comprender o gestionar las finanzas
---	--

Condado de San Luis Obispo, Encuesta a Cuidadores

<input type="checkbox"/> Ponerse en contacto con otros cuidadores de su comunidad	<input type="checkbox"/> Ayuda con cuestiones legales relacionadas con el cuidado de otras personas
<input type="checkbox"/> Aprender acerca del autocuidado y el bienestar de los cuidadores	<input type="checkbox"/> Un lugar seguro al que la persona a la que cuida pueda ir para que usted pueda tomarse un descanso
<input type="checkbox"/> Entrenamiento sobre investigación y mejores prácticas para cuidadores	<input type="checkbox"/> Ayuda para usar la tecnología, como la computadora o el teléfono
<input type="checkbox"/> Conectarse con terapia o asesoramiento para usted mismo	<input type="checkbox"/> Comprensión del seguro médico y de los beneficios

22. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? (marque todas las que apliquen) Cónyuge Hijo Adulto

Otro Familiar Cuidador Pagado Sin Parentesco (Profesional) Cuidador No Pagado Sin Parentesco (Amigo)

23. ¿Cuál es su origen étnico? Afroamericano Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Americano/Filipino/Isleño del Pacífico Hispano/Latino Blanco/Europeo Americano Multirracial/Más de una Declina Indicar

24. ¿Cuál es su sexo? Femenino Masculino No Binario/Queer Transgénero Declina Indicar

25. ¿Cuál es su edad? 18-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66 o mayor

26. ¿Cuál es su código postal? _____