

Por favor entregue las encuestas completadas al Health Council of Southeast Florida (HCSEF). Puede enviarlas por correo electrónico a planning@hcsef.org o llamarnos al (561) 844-4220 ext. 2800 si necesita más información o ayuda.

Encuesta sobre las necesidades de atención del VIH de 2025

Área de servicio 15 - Treasure Coast (Los Condados de Martin, Okeechobee, Indian River, y San Lucie)

¡Hola! Todas las personas con VIH (PVH) mayores de 18 años están invitadas a participar en esta encuesta del Departamento de Salud de Florida. Esta encuesta se desarrolló con las aportaciones y comentarios de las PVH y las partes interesadas de toda Florida. Hoy, le solicitamos su opinión sobre la atención general que recibe. Dedicar tan solo 10 minutos de su tiempo a completar esta encuesta puede ser de gran ayuda. Los resultados de esta encuesta orientarán los servicios de atención al paciente y la financiación para ayudar a abordar las necesidades insatisfechas en las comunidades de toda Florida. Dado que algunas preguntas de la encuesta son personales, le aseguramos que sus respuestas se mantendrán confidenciales y no se le atribuirán. Responda con la mayor sinceridad posible. El Departamento de Salud de Florida y los grupos de planificación estatales y locales se dedican a satisfacer las necesidades de las PVH en todo el estado y en su área local.

* ¿Está completando esta encuesta para usted o para otra persona?

- Estoy completando esta encuesta para mí mismo.
- Estoy ayudando a alguien a completar esta encuesta. Todas las respuestas reflejan la información y las opiniones de esa persona.

Servicios de atención médica

* 1. Seleccione los cinco servicios que considere más importantes para las personas con VIH. (Seleccione solo CINCO opciones).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestión de casos | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Salud dental/bucal |
| <input type="checkbox"/> Servicios de intervención temprana | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera de emergencia | <input type="checkbox"/> Banco de alimentos/Cupones de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Educación para la salud/Reducción de riesgos | <input type="checkbox"/> Atención médica domiciliaria | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Servicios de hospicio | <input type="checkbox"/> Alojamiento | <input type="checkbox"/> Servicios legales |
| <input type="checkbox"/> Servicios lingüísticos | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento nutricional | <input type="checkbox"/> Atención médica ambulatoria | <input type="checkbox"/> Actividades de divulgación |
| <input type="checkbox"/> Apoyo entre pares | <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Derivación para atención médica |
| <input type="checkbox"/> Uso/abuso de sustancias (tratamiento ambulatorio) | <input type="checkbox"/> Uso/Abuso de Sustancias (Tratamiento Residencial) | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Servicio no listado (por favor especifique): | | |

* 2. ¿Cuántas veces recibió atención médica relacionada con el VIH en los últimos 12 meses?

- | | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> 0 veces | <input type="radio"/> 2 veces | Pase a la Pregunta #4 |
| <input type="radio"/> 1 vez | <input type="radio"/> 3 veces | Pase a la Pregunta #4 |
| | <input type="radio"/> 4 o más veces | Pase a la Pregunta #4 |
| | <input type="radio"/> Prefiero no decirlo | Pase a la Pregunta #4 |

*3. ¿Cuáles de las siguientes son razones por las que no ha recibido atención médica durante los últimos 12 meses o por las que ha recibido atención médica relacionada con el VIH menos de dos veces el año pasado? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fue decisión de mi médico/proveedor | <input type="checkbox"/> No sabía a dónde ir | <input type="checkbox"/> No pude conseguir una cita |
| <input type="checkbox"/> No pude conseguir transporte para mi(s) cita(s) | <input type="checkbox"/> No pude conseguir cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Estaba demasiado ocupado cuidando a un familiar/pareja. |
| <input type="checkbox"/> No pude pagarlo | <input type="checkbox"/> No quería que la gente supiera mi estado serológico respecto al VIH. | <input type="checkbox"/> No estaba preparada para afrontar el hecho de tener VIH. |
| <input type="checkbox"/> No me sentí enfermo | <input type="checkbox"/> No hay suficientes médicos/proveedores en mi área | <input type="checkbox"/> No pude conseguir tiempo libre del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Estaba deprimido | <input type="checkbox"/> Me perdí mi(s) cita(s) | <input type="checkbox"/> Tuve una mala experiencia con el personal médico. |
| <input type="checkbox"/> Los servicios no se ofrecieron en mi idioma. | <input type="checkbox"/> Me pusieron en una lista de espera | <input type="checkbox"/> No califico para los servicios |
| <input type="checkbox"/> Mi carga viral fue suprimida | <input type="checkbox"/> No me recomendaron ningún proveedor | |
| <input type="checkbox"/> Motivo no mencionado anteriormente (especifique): | | |

*4. ¿En cuál de los siguientes lugares recibió atención médica relacionada con el VIH en los últimos 12 meses? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- El condado donde vivo **Pase a la Pregunta #6**
- En otro país En un condado diferente En otro estado

*5. ¿Por qué recibió atención médica relacionada con el VIH en un condado, estado o país diferente al de su residencia? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- No hay proveedores en el condado o estado donde vivo.
- Confidencialidad
- Me siento más cómodo con un proveedor en otro condado, estado o país.
- Los proveedores de otro condado o estado están más cerca de donde trabajo.
- Me mudé de otro condado, estado o país en los últimos 12 meses.
- Motivo no mencionado anteriormente (especifique):

*6. ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos contra el VIH?(Seleccione solo UNO.)

- Nunca me recetaron medicamentos para el VIH. ... **Pase a la Pregunta #8**
- Siempre ... **Pase a la Pregunta #8**
- Nunca
- La mayor parte del tiempo

*7. ¿Por qué omitió tomar dosis de sus medicamentos contra el VIH? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- No me gusta cómo me hacen sentir mis medicamentos.
- Mi lugar de recogida de medicamentos no es conveniente
- Los medicamentos son demasiado caros
- No tengo ningún medicamento
- Me olvidé
- No tengo una aplicación ni otro recurso que me ayude a recordar que debo tomar mis medicamentos a tiempo o correctamente.
- Motivo no mencionado anteriormente (especifique):

*8. Seleccione los servicios que utilizó o necesitó en los últimos 12 meses.
Seleccione solo UNA opción por línea.

Visitas regulares al consultorio del médico o clínica de VIH para recibir atención médica del VIH

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

La gestión de casos ayuda a recibir servicios y hacer seguimiento de la atención.

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Medicamentos para el VIH y problemas relacionados

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Salud bucal (cuidado dental, prótesis dentales, cirugía oral, etc.)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Ayuda para pagar los costos o copagos del seguro privado

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Asesoramiento profesional en salud mental (terapia)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Asesoramiento profesional sobre uso/abuso de sustancias

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Asesoramiento nutricional profesional para hábitos alimentarios saludables.

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Elegibilidad para acceder a otros servicios Ryan White necesarios (gestión de casos no médicos)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicios de atención médica domiciliaria por parte de una agencia de atención médica domiciliaria autorizada y certificada

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicios de enfermería y asesoramiento para enfermos terminales y sus familias (cuidados paliativos)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Bolsas de comida, certificados de supermercado, comidas a domicilio o suplementos nutricionales.

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Transporte al consultorio del médico u otras citas relacionadas con el VIH

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Alcance para encontrar personas con VIH que no reciben atención y ayudarlas a visitar a su médico y obtener servicios

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicios de educación sanitaria/reducción de riesgos (educación sobre el bienestar general y la prevención del VIH)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Derivación para servicios de atención médica necesarios no relacionados con el VIH

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Asistencia limitada, única o a corto plazo con cualquiera de los siguientes: -Medicamentos no cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) -Servicios públicos -Vivienda -Comida -Transporte

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, entrenamiento para baja visión, etc.

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicios de interpretación y/o traducción

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicios legales para ayudar con asuntos legales relacionados con el VIH (como un testamento, un testamento vital, SSDI, etc.)

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Tratamiento por consumo o abuso de sustancias en un entorno residencial

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Tratamiento del consumo o abuso de sustancias en un entorno ambulatorio

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Grupo de apoyo, asesoramiento con un compañero o profesional, duelo y/o asesoramiento pastoral.

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Vivienda de transición, vivienda a corto plazo o asistencia de vivienda de emergencia para prevenir la falta de vivienda

- No necesitaba este servicio
- Necesitaba este servicio y lo recibí
- Necesitaba este servicio pero no pude obtenerlo.

Servicio no listado (por favor especifique):

Información general

*9. ¿En qué código postal vives actualmente?

*10. Sexo: (Seleccione solo UNO)

- Femenino Masculino

*11. ¿Cuántos años tiene?

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> 18-24 años | <input type="radio"/> 25-29 años | <input type="radio"/> 30-34 años |
| <input type="radio"/> 35-39 años | <input type="radio"/> 40-44 años | <input type="radio"/> 45-49 años |
| <input type="radio"/> 50-54 años | <input type="radio"/> 55-59 años | <input type="radio"/> 60-64 años |
| <input type="radio"/> 65-69 años | <input type="radio"/> 70-74 años | <input type="radio"/> más de 75 años |
| <input type="radio"/> Prefiero no decirlo | | |

Información financiera

*12. ¿Qué tipo de seguro médico o cobertura médica tiene actualmente?
(Seleccione todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un plan de salud privado a través de un empleador (o a través del trabajo de un miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> Un plan de salud adquirido a través de un mercado de seguros de salud | <input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico del estado | <input type="checkbox"/> TRICARE (veteranos) | <input type="checkbox"/> Actualmente no tengo ningún seguro médico. |
| <input type="checkbox"/> No sé | | |
| <input type="checkbox"/> No listado (por favor especifique): | | |

*13. ¿Qué otros programas de asistencia médica/de pago utiliza actualmente?
(Seleccione todos los que correspondan).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia del Programa Ryan White | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) | <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios sociales locales |
| <input type="checkbox"/> Plan de salud del condado | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia a la iglesia | <input type="checkbox"/> Asistencia para el copago farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA) | <input type="checkbox"/> No tengo ninguna asistencia médica/de pago | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> No listado (por favor especifique): | | |

*14. ¿Cuál es el número total de personas en su hogar, incluido usted?

*15. ¿Cuál fue el ingreso familiar total el año pasado (antes de impuestos)?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Menos de \$15,000 | <input type="radio"/> \$15,001-\$30,000 | <input type="radio"/> \$30,001-\$60,000 |
| <input type="radio"/> \$60,001-\$100,000 | <input type="radio"/> Más de \$100,000 | |

Prevención y Educación

*16. ¿Conoce los medicamentos de prevención del VIH (como PrEP) que están disponibles para sus parejas sexuales, compañeros y otros miembros de su comunidad?

- Sí No
-

*17. ¿Conoce los tratamientos contra el VIH que se utilizan como métodos de prevención, como el de Indetectable=Intransmisible (I=I) y los medicamentos antirretrovirales inyectables (ARV)?

- Sí No
-

*18. ¿Se ha realizado una prueba de hepatitis C u otra ETS/ITS durante el último año?

- Sí No ... Pase a la Pregunta #20
-

*19. Si usted dio positivo en la prueba de hepatitis C o cualquier otra ETS/ITS, ¿recibió tratamiento?

- Sí No
-

*20. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación?

Quienes me rodean saben cómo se transmite el VIH y conocen los métodos de prevención y tratamientos disponibles.

- Totalmente en desacuerdo
 Discrepar
 Aceptar
 Estoy totalmente de acuerdo
-

*21. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación?

Los métodos de prevención están disponibles siempre que necesito o quiero utilizarlos.

- Totalmente en desacuerdo
 Discrepar
 Aceptar
 Estoy totalmente de acuerdo

DIVULGACIÓN DEL VIH E INFORMACIÓN DE SALUD

* ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la siguiente afirmación?

22. En muchas áreas de mi vida, nadie conoce mi estado serológico respecto al VIH.

- Totalmente en desacuerdo
- Discrepar
- Aceptar
- Estoy totalmente de acuerdo
-

* ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la siguiente afirmación?

23. La actitud de la gente sobre el VIH me hace sentir peor conmigo mismo.

- Totalmente en desacuerdo
- Discrepar
- Aceptar
- Estoy totalmente de acuerdo
-

* 24. ¿Alguna vez alguien le ha revelado su estado serológico respecto del VIH sin su consentimiento?

- Sí No
-

* 25. ¿Estuvo usted en la cárcel o prisión en algún momento durante los últimos doce meses? (Seleccione solo UNO.)

- No Pase a la Pregunta #32 Sí, estuve en la cárcel. Sí, estuve en prisión.
- Sí, estuve en la cárcel y en prisión.
-

* 26. ¿El personal de la cárcel y/o prisión conocía su estado de VIH?

- Sí No Desconocido
-

*27. ¿Recibió atención médica relacionada con el VIH mientras estuvo en la cárcel/prisión?

No

Sí ... Pase a la Pregunta #29

*28. ¿Por qué no recibió atención médica relacionada con el VIH mientras estaba en la cárcel/prisión? (Seleccione todas las que correspondan).

La atención relacionada con el VIH estaba disponible pero no se ofreció

No estaba disponible la atención relacionada con el VIH

Pedí atención médica relacionada con el VIH, pero me la negaron

No revelé mi estado serológico respecto del VIH

No tomé ningún medicamento

Motivo no indicado (especifique):

*29. Después de ser liberado de la cárcel/prisión, ¿cuál de los siguientes recibió?(Seleccione todas las que correspondan).

Información sobre cómo encontrar vivienda

Un suministro de medicamentos contra el VIH para llevar consigo

Una referencia a la gestión de casos

Una derivación a atención médica

* 30. Tras salir de la cárcel, ¿cuál de las siguientes opciones le impidió obtener los servicios de VIH que necesitaba? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No aplica - Pude obtener servicios de VIH después de mi liberación | <input type="checkbox"/> Sin motivos financieros o de seguro | <input type="checkbox"/> No sabía a dónde ir |
| <input type="checkbox"/> No quería que nadie supiera que vivo con VIH. | <input type="checkbox"/> Estaba teniendo problemas con las drogas y/o el alcohol. | <input type="checkbox"/> Estaba teniendo problemas para encontrar médicos/proveedores en los que pudiera confiar. |
| <input type="checkbox"/> No quería despegar ninguna oportunidad laboral. | <input type="checkbox"/> No tenía transporte para llegar a ningún servicio. | <input type="checkbox"/> Los servicios no se proporcionaron en mi idioma preferido |
| <input type="checkbox"/> Motivo no indicado (especifique): | | |

* 31. Desde que salió de la cárcel, ¿cuál de las siguientes opciones le impide cuidar su salud? (Seleccione todas las que correspondan).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No aplica - nada me impide cuidar mi salud | <input type="checkbox"/> No tengo vivienda estable ni dinero para el alquiler y/o servicios públicos. | <input type="checkbox"/> No tengo una cama para dormir |
| <input type="checkbox"/> No tengo dónde guardar mis medicamentos | <input type="checkbox"/> No tengo un teléfono para que alguien pueda llamarme o que pueda usar para pedir ayuda. | <input type="checkbox"/> Me preocupa no tener suficiente comida para comer. |
| <input type="checkbox"/> Tengo miedo de que los demás sepan que vivo con VIH. | <input type="checkbox"/> No puedo alejarme de las drogas y/o el alcohol en mi vecindario. | <input type="checkbox"/> Tengo un cónyuge o pareja abusivo |
| <input type="checkbox"/> Tengo compromisos familiares | | |
| <input type="checkbox"/> Motivo no indicado (especifique): | | |

*32. ¿Cuál de las siguientes situaciones está experimentando usted o alguien que conoce con VIH? (Seleccione todas las que correspondan).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inseguridad habitacional | <input type="checkbox"/> Inseguridad alimentaria | <input type="checkbox"/> Una necesidad de cuidado dental |
| <input type="checkbox"/> Una necesidad de terapia, recuperación, atención o tratamiento por uso/abuso/uso indebido de sustancias | <input type="checkbox"/> Una necesidad de atención geriátrica/para el envejecimiento | <input type="checkbox"/> La necesidad de atención prenatal |
| <input type="checkbox"/> Una necesidad de atención pediátrica | | |
| <input type="checkbox"/> No es necesario enumerarlo (especifique): | | |

33. ¿Qué más desea compartir sobre su estado de VIH, el VIH en su comunidad o su atención relacionada con el VIH?

Por favor entregue las encuestas completadas al Health Council of Southeast Florida (HCSEF). Puede enviarlas por correo electrónico a planning@hcsef.org o llamarnos al (561) 844-4220 ext. 2800 si necesita más información o ayuda.