

Necesidades básicas de los adultos mayores de OC

1. Código Zip de su hogar actual _____ 2. ¿En qué ciudad vive? _____
3. Vea la lista de servicios a continuación. ¿Cuán importantes son esos tipos de servicios para USTED a medida que envejece?

Por favor marque una casilla por servicio.	Extremadamente importante	Muy importante	Algo importante	No muy importante	Nada importante
Cuidados en el hogar					
Comidas enviadas a su hogar (Meals on Wheels)					
Manejo de caso Una persona que me ayude a acceder a recursos y servicios					
Vivienda Asistencia con derivaciones a vivienda (es decir, apartamentos, instalaciones de cuidado residencial)					
Asesoría y consejo legal					
Congregate Meals Comidas en grupo servidas en un centro comunitario/para personas mayores					
Seguridad personal/hogar Por ejemplo, servicios de policía, prevención de caídas y servicios de alerta médica, protección contra fraudes, etc.					
Reparaciones/modificaciones de la vivienda					
Asistencia de apoyo para familiares cuidadores Servicios de apoyo para cuidadores familiares que no reciben pago					
Servicios de cuidado de día para adultos Programas de día en el centro local que ofrecen actividades sociales y alguna atención médica					
Servicios de socialización Llamadas telefónicas o/y visitas en persona continuadas de personal/voluntarios					
Cuidado de relevo (respite) para descanso del cuidador Servicio de cuidado a corto plazo para seres queridos a fin de permitir que los cuidadores se tomen unos días de descanso					
Consejería de salud mental					
Asistencia en asuntos personales Ayuda para completar formularios y documentos electrónicos					
Servicios de traducción de idiomas					
Asistencia financiera Ayuda para satisfacer sus necesidades personales/financieras (por ej., gastos del hogar/nutrición, costos médicos)					
Servicios de consejería de pares Conectarse con personas mayores capacitadas para brindar asistencia y apoyo					

Por favor pase a la página siguiente

4. ¿Con qué frecuencia sus actividades sociales y necesidades médicas se ven limitadas por la falta de transporte?
- Nunca
 - Rara vez
 - A veces
 - A menudo
5. Si no conduce su propio automóvil, ¿qué otro tipo de transporte usa?
(Marque todas las que correspondan)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familia/Amigos | <input type="checkbox"/> Transporte médico |
| <input type="checkbox"/> Bus OCTA | <input type="checkbox"/> Aplicaciones de viajes compartidos como Uber/Lyft |
| <input type="checkbox"/> OCTA ACCESS | <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Taxi | |
| <input type="checkbox"/> Furgoneta del centro comunitario/centro para mayores | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores, sigo manejando |
6. Respecto a la Asistencia financiera, ¿cuál de los siguientes asuntos le preocupa más? (Por favor seleccione uno)
- Gastos mensuales del hogar (servicios públicos, alquiler o hipoteca, cuentas, reparaciones del hogar, alimentos)
 - Costos médicos mensuales (seguro, recetas médicas, copagos)
 - No me preocupa
7. ¿Su salud física limita alguna de las actividades siguientes? (Marque todas las que correspondan)
- Actividades sociales
 - Hacer tareas domésticas
 - Cuidado personal
 - Hacer mandados
 - Ir a citas
 - Ninguna de las anteriores
8. ¿Con qué frecuencia tiene que cancelar planes o citas por que está “demasiado cansado/a” o “no se siente bien”?
- Nunca
 - Rara vez
 - A veces
 - A menudo

¡Todavía no ha terminado! ¡Pase a la siguiente página, por favor!

9. De las siguientes formas de conectarse con otras personas, ¿cuál le interesa más a usted?

(Por favor seleccione uno)

- Alguien con quien hablar regularmente en persona o por teléfono
- Más compañía o contacto con otras personas en su hogar/comunidad
- Interacción con otros a través del correo electrónico y/o redes sociales como Facebook

10. Respecto a su Seguridad personal/del hogar, ¿cuál de los siguientes asuntos le preocupa más? (Por favor seleccione uno)

- Seguridad física (es decir, caídas, lesiones corporales)
- Seguridad del hogar (es decir, robos, desastres domésticos)
- Seguridad financiera (es decir, fraude, robo de identidad)
- No me preocupa

11. ¿Tiene un kit/plan de preparación para desastres al que puede acceder fácilmente?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

12. Si contestó que sí, ¿con qué frecuencia revisa su kit/plan de preparación para desastres para asegurarse de que contiene suficiente comida, agua y medicamentos para durarle al menos 3 días?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo

Las preguntas siguientes son requeridas por el California Department of Aging (Departamento de envejecimiento de California). Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Su información personal no se compartirá.

13. Edad:

- 18-30
- 31-44
- 45-59
- 60-74
- 75-84
- 85+

14. Raza (Seleccione una)

- Blanca
- Negra/Afroamericana
- Isleño del Pacífico
- Asiática
- Indio americano/Nativo de Alaska
- Otra: _____
- Prefiere no responder

¡Casi ha terminado! ¡Solo falta una página!

15. Etnicidad (marque una)

Hispana o latina

Sí

No

Prefiere no responder

16. Nivel educativo

Menos de enseñanza secundaria

Graduado de secundaria

Licenciatura universitaria o superior

17. Nivel de ingresos (anual)

Menos de \$15,000

\$15,000-\$34,999

\$35,000-\$74,999

\$75,000-\$99,999

\$100,000 o más

18. ¿Cuál es su sexo de nacimiento?

Masculino

Femenino

Prefiere no responder

19. Género

Masculino

Femenino

Trans masculino

Trans femenino

Género queer/Género no binario

No mencionado. Por favor especifique:

20. ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual?

Heterosexual

Bisexual

Homosexual/lesbiana/amor del mismo sexo

Confusa/Insegura

No mencionado. Por favor especifique:

Prefiere no responder

OPCIONAL:

Para recibir una llamada de seguimiento y derivaciones para necesidades urgentes, por favor ingrese su información abajo y un representante de Orange County Office on Aging (Oficina de envejecimiento del Condado de Orange) se pondrá en contacto con usted. Su información personal no se compartirá.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Asunto(s) de preocupación: _____

**Por favor enviar a Cynthia Okialda a
2515 McCabe Way, Irvine, CA 92614
Cynthia@ocagingservicescollaborative.org
Teléfono: 949.757.3775**

¡Felicidades, ha terminado! ¡Gracias por su participación!