

## Welcome

**This community survey is two pronged: one for healthcare partner and one for community citizens. Please complete the survey from the perspective you select here.**

1. What is your survey perspective?

- Citizen perspective responses
- Partner agency perspective responses

## Regional Health Assessment - Partner Agency

**We are excited to share news that the hospitals and local public health agencies are partnering now to conduct a 2016 regional health assessment survey for Southwest Missouri.**

**Your organization has been identified as one that is valued for the services and support it provides to our local community. Your perspective on community health status is needed to ensure that the 2016 Regional Health Assessment is representative of experiences of those you serve and indicates the greatest needs and resources i our community.**

**As you complete the survey, please respond from your professional perspective and on behalf of those you serve, not from your personal experiences with health.**

## Demographics

**To begin, please provide some information about your organization.**

\* 2. Name of the organization:

3. Which of the following best classifies the primary services your organization provides?

- Education
- Financial services
- Government
- Health care
- Leisure and hospitality
- Professional and business services
- Social and human services
- Other services

4. What county is your organization headquartered in?

Other County and State

5. How many people does your organization employ?

- 0-49
- 50-99
- 100-249
- 250-499
- 500-999
- 1000+

6. Does your organization provide any of the following services:

- Behavioral health
- Dental health
- Medical health

## Quality of Life - Health Priorities

Following are a few questions about health care and services.

7. In the past 12 months, when those you serve needed the following care, how difficult was it to get access to:

	I am not able to answer this question	N/A = They did not need this type of care	They could not get care when needed	They obtained care, but with great difficulty	They obtained care with some difficulty	They obtained care with no difficulty
Primary care providers (family doctor, child doctor, prenatal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specialists (heart, diabetes, cancer, foot, lung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emergency Services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behavioral health care (psychiatry, substance abuse, therapy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. How serious have the following issues been for those you serve in the last year?

N/A = does not apply to them, my organization

	I am not able to answer this question	does not have experience with this	Not serious (e.g. teen acne)	Somewhat serious	Moderately serious	Serious	Very serious (e.g., HIV/AIDS)
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyles (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. From the following list pick the three biggest things that keeps those you serve from improving their health. Please rank their top three issues, with 1 being the most important.

	1	2	3
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Availability of medical appointments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, Flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental Health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyles (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Does your organization work with other organizations to improve health and quality of life?

- Yes
- No

Quality of Life - Community Priorities

11. How serious have the following issues been for those you serve in the last year?

	I am not able to answer this question	Does not apply to them, did not have any experience with it	Not serious (e.g. teen acne)	Somewhat serious	Moderately serious	Serious	Very Serious (e.g., HIV/AIDS)
Child Abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crime/public safety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domestic violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No housing or poor housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not feeling connected to others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racism and intolerance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. From the following list pick the biggest thing that keeps those you serve from improving their health:

- Child abuse
- Crime/public safety
- Domestic violence
- No housing or poor housing
- Not feeling connected to others
- Racism & intolerance

13. Is this community a good place to raise children (Consider school quality, day care, after school programs, recreation, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- No

14. Is this community a good place to grow old (Consider elder-friendly housing, transportation to medical services, churches, shopping, elder day care, social support for the elderly living alone, Meals on Wheels, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- No

15. Is there economic opportunity in the community (Consider locally owned and operated businesses, jobs with career growth, job training/higher education opportunities, affordable housing, reasonable commute, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- NO

16. In the next five years, what are the top 3 issues that, if addressed, help improve your clients' health? Please rank them 1 to 3, with 1 being the most important.

	1	2	3
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Availability of medical appointments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Child abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crime/public safety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domestic violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No housing or poor housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not feeling connected to others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racism & intolerance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyle (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Finally, from the perspective of your organization, what makes you proudest of your community?

Submit

**Thank you for providing feedback on behalf of your organization.**

**We welcome you to provide your name and email, if you would like to receive progress updates on the assessment or if you are willing to provide additional feedback.**

**If you have any questions, you may call or email Jon Mooney with the Springfield-Greene County Health Department, 417-874-1250, [jmooney@springfieldmo.gov](mailto:jmooney@springfieldmo.gov).**

18. Address

Name

ZIP/Postal Code

Email Address

Partnering agencies list:



19. Please list those organizations you partner with most often:

### Citizen Survey

**Every few years the healthcare providers in the community reach out to citizens to learn what they think impacts health. We appreciate your time completing this survey. It helps us understand your experiences and indicates the greatest needs and resources in our community. Your responses will be kept anonymous; however, after you finish the survey, you will have the option to provide your name and email. We will only use your email to provide you with additional information on progress with the assessment or to seek additional feedback.**

### Citizen Demographics

**To begin, please provide some information about you and your family.**

\* 20. What zip code do you live in?

21. What is your age in years?

22. What is your gender?

23. What ethnic group do you most identify with?

24. What is your highest level of education?

- Less than high school
- High school diploma or GED
- Some college
- Bachelor's degree
- Post Graduate degree

25. Are there children under age 18 in your household?

- Yes
- No

### Number of Children

\* 26. How many children under 18 live in your household?

### Citizen Survey - Quality of Life

#### Health Priorities

27. In the past 12 months, when you needed the following care, how difficult was it to get appointments with:

	I am not able to answer this question	N/A = I did not need this type of care	I could not get care when I needed it	I obtained care, but with great difficulty	I obtained care with some difficulty	I obtained care with no difficulty
Primary care providers (family doctor, child doctor, prenatal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specialists (heart, diabetes, cancer, foot, lung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emergency Services	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behavioral health care (psychiatry, substance abuse, therapy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. How serious have the following issues been for you or your family in the last year?

	N/A = does not apply to me, did not have any experience with it						
	I am not able to answer this question		Not serious (e.g. teen acne)	Somewhat serious	Moderately serious	Serious	Very serious (e.g., HIV/AIDS)
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, ADHD, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyles (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. From the following list pick the three biggest things that keep you and your family from improving their health. Please rank your top three issues, with 1 being the most important.

	1	2	3
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Availability of medical appointments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, Flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental Health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyles (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Are you aware of people or groups in the community working together to improve health and quality of life?

- Yes
- No

## Quality of Life Citizen Survey

### Community Priorities

31. How serious have the following issues been for you or your family in the last year?

	I am not able to answer this question	Does not apply to me, I did not have any experience with it	Not serious (e.g. teen acne)	Somewhat serious	Moderately serious	Serious	Very Serious (e.g., HIV/AIDS)
Child Abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crime/public safety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domestic violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No housing or poor housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not feeling connected to others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racism and intolerance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. From the following list pick the biggest thing that keeps you and your family from improving your health:

- Child abuse
- Crime/public safety
- Domestic violence
- No housing or poor housing
- Not feeling connected to others
- Racism & intolerance

33. Is this community a good place to raise children (Consider school quality, day care, after school programs, recreation, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- No

34. Is this community a good place to grow old (Consider elder-friendly housing, transportation to medical services, churches, shopping, elder day care, social support for the elderly living alone, Meals on Wheels, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- No

35. Is there economic opportunity in the community (Consider locally owned and operated businesses, jobs with career growth, job training/higher education opportunities, affordable housing, reasonable commute, etc.)?

- Yes
- Sometimes
- No

36. In the next five years, what are the top 3 issues that, if addressed, help improve your health? Please rank them 1 to 3, with 1 being the most important.

	1	2	3
Accidents (car, bicycle, falls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aging problems (arthritis, hearing/vision loss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol and drug abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Availability of medical appointments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby health (early birth, low birth weight)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Child abuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic disease (cancer, diabetes, heart disease, lung disease, obesity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cost of health care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crime/public safety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dental problems, tooth pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domestic violence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infectious diseases (hepatitis, TB, flu, STDs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health issues (depression, anxiety, suicidal thoughts, psychiatric problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No housing or poor housing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Not feeling connected to others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racism & intolerance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unhealthy lifestyle (tobacco, unhealthy eating, not exercising, not using a seat belt, not getting shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Finally, what makes you proudest of your community?

Community groups:

38. Please name a person , group, or program that is working to improve health and quality of life in your community:

Submit

**Thank you for providing us with your feedback.**

**You are welcome to provide your name and email, if you would like to receive progress updates on the assessment or if you are willing to provide additional feedback.**

**If you have any questions, you may call or email Jon Mooney with the Springfield-Greene County Health Department, 417-874-1250, [jmooney@springfieldmo.gov](mailto:jmooney@springfieldmo.gov).**



39. Address

**Name**

**ZIP/Postal Code**

**Email Address**

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Bienvenidos

**Esta encuesta comunitaria es de dos partes: uno para socios de salud y la otra para ciudadanos comunitarios. Por favor complete la encuesta desde la perspectiva que seleccione aquí.**

1. ¿Cuál es su perspectiva para esta encuesta?

- Perspectiva y respuestas de los ciudadanos
- Perspectiva y respuestas de la agencia social

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Evaluacion Regional De Salud - Agencia Social

**Estamos muy contentos de compartir la noticia de que los hospitales y la salud pública se están asociando ahora para llevar a cabo una Encuesta Regional de Evaluación de Salud para 2016 para el suroeste de Missouri.**

**Su organización ha sido identificada como uno que es valorado por los servicios y apoyo que proporciona a la comunidad local. Su perspectiva del estado de la salud comunitaria se necesita para asegurar que la evaluación de Salud Regional para 2016 se representa las experiencias a los que sirve e indica las mayores necesidades y recursos en nuestra comunidad.**

**A medida que completa la encuesta por favor responde desde su perspectiva profesional y en el nombre de aquellos a quienes sirven y no de sus experiencias personal de salud.**

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Demograficos

\* 2. Nombre de la organizacion.

3. ¿Cuál de los siguientes mejor clasifica los servicios de atención primaria que su organización proporciona?

- Educacion
- Servicios financieros
- Gobierno
- Cuidado do la Salud
- Recreo y la hospitalidad
- Servicios profesionales y empresariales
- Servicios sociales y humanos
- Otros servicios

4. ¿De qué condado está ubicado la seda de su organización?

Otro condado y estado.

Other County and State

5. ¿A cuántas personas emplea su organización?

- 0-49
- 50-99
- 100-249
- 250-499
- 500-999
- 1000+

6. ¿Cuál de los siguientes servicios proporciona su organización:

- Salud Mental
- Salud Dental
- Salud Medica

**Encuesta Regional De Evaluacion Salud**

Calidad de vida - Prioridades de la Salud

**A continuacion se presentan algunas preguntas acerca de la atencion y servicios de salud.**

7. En los últimos 12 meses, cuando aquellos quien sierva se necesitaba la siguiente atención que tan difícil fue conseguir el acceso a ella a:

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta	N/A = No necesite este tipo de cuidado	No pude conseguir atención cuando la necesite	Conseguí atención pero con mayor dificultad	Conseguí atención con poca dificultad	Conseguí atención con ninguna dificultad
Proveedor médico principal (médico de familia, pediatra, prenatal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especialistas (Corazón, diabetes, cáncer, pies, pulmones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicio de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de comportamiento o (psiquiatría, abuso de sustancias, terapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Qué tan grave han sido los siguientes temas para los que sirve en el último año?

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta.	N/A = no aplica a me, ni mi familia, no tuve experiencia con esto	No serio (por ej. acné de la adolescencia)	Un poco serio	Rezonablemente serio	Serio	Muy serio (por ej. VIH/SIDA)
Accidentes (vehículo, bicicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de la ansiedad (arthritis, oído perdido, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y droga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nacido antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (Cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costo de cuidado médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales (dolor de los dientes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETS's)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilos de vida poco saludables (tabaco, trastorno alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no conseguir vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. De la siguiente lista escoja las 3 cosas más grandes que impide a los que sirve desde la mejora de su salud: Clasificar tres áreas de importancia poniendo el 1 como lo más importante.

	1	2	3
Accidentes (vehículo icicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del envejecimiento (arthritis, oído, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y/o drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad a citas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nacido antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo de cuidado médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales dolor de los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETSs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilo de vida poco saludable (tabaco, desorden alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no consigue las vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Se colabora su organización con otras organizaciones para mejorar la salud y calidad de vida?

- Sí
- No

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

### Calidad de Vida - Prioridades Comunitarias

11. ¿Qué tan grave han sido los siguientes temas para los que sirve en el último año?

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta	N/A = no aplica a me, ni mi familia, no tuve experiencia con esto	No serio (por ej. Acne de la adolescencia)	Un poco serio	Razonablemente serio	Serio	Muy Serio (por ej. VIH/SIDA)
Abuso infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delincuencia contra la seguridad publica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La violencia domestica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de vivienda o vivienda inadecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirse conectado on los demas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El racismo e intolerancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. De la siguiente lista elegir la cosa más grande que impide a los que sirve desde la mejora de su salud:

- Abuso infantil
- Delincuencia contra la seguridad publica
- La violencia domestica
- Falta de vivienda o vivienda inadecuada
- No sentirse conectado con las demas
- El racismo e intolerancia

13. ¿Es esta comunidad un buen lugar para criar a los hijos (Considerar la calidad escolar, guardaría, programas después de escuela, recreación, etc.)?

- Si
- De alguna manera
- No

14. ¿Es esta comunidad un buen lugar para envejecer (considere anciano vivienda amigable, transporte a los servicios médicos, iglesias, tiendas, guarderías ancianos, el apoyo social para los ancianos que viven solos, comidas a domicilio, etc.)?

- Si
- De alguna manera
- No

15. ¿Hay oportunidades económicas en la comunidad (considere propiedad y negocios operados localmente, puestos de trabajo con el crecimiento profesional, la capacitación laboral / oportunidades de educación superior, vivienda asequible, distancia razonable, etc.)?

- Si
- Del Alguna manera
- No

16. En los próximos 5 años, ¿cuáles son los 3 problemas principales, que si los confronte, puede ayudar a mejorar la salud de su cliente? Por favor clasificar a sus 3 primeros temas siendo 1 el más importante.

	1	2	3
Accidentes (vehículo, bicicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del envejecimiento (artritis, oído, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad a citas medicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nació antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El abuso infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (Cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo de cuidado medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delincuencia contra la seguridad pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales, dolor de los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La violencia doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETS's)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilos de vida poco saludables (tabaco, desorden alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no consigue las vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de vivienda o vivienda inadecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirse conectado con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racismo e intolerancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17. Finalmente, desde la perspectiva de su organización, ¿qué te hace orgulloso de su comunidad?

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Entregar

**Gracias por proporcionar sus opiniones en el nombre de su organización.**

**Le invitamos a proporcionar su nombre y correo electrónico se desea recibir la actualización avances en la evaluación o si usted está dispuesto a proporcionar información adicional.**

**Si usted tiene alguna pregunta puede llamar o enviar por correo electrónico a Jon Mooney con el Departamento de Salud del condado de Greene en Springfield, 417-874-1250, [jmooney@springfieldmo.gov](mailto:jmooney@springfieldmo.gov).**

18. Dirección

Nombre

Código postal donde vive

Email/Correo electrónico

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Lista de agencias asociadas:

19. Por favor haga una lista de las organizaciones que se asocia con mayor frecuencia:

### Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Ciudadano De Evaluacion

**Cada pocos años, los profesionales de la salud en la comunidad hacen una encuesta a los ciudadanos para conocer lo que piensen los impactos de la salud. Apreciamos su tiempo de completar esta encuesta. Nos ayuda entender sus experiencias e indicamos las mayores necesidades y recursos en nuestra comunidad. Sus respuestas se mantendrán anonimias; sin embargo, después de haber terminado la encuesta tendrá la opción de proporcionar su nombre y correo electrónico/email. Sólo usaremos su email para ofrecerle información adicional sobre los avances en la evaluación o para buscar un comentario adicional.**

### Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Ciudadano Demograficos

**Para empezar, por favor provee alguna información sobre usted y su familia.**

\* 20. ¿Código postal donde vive?

21. ¿Cuántos años tiene?

22. Género:

23. ¿Qué grupo étnico se identifique más?

24. ¿Qué es el nivel más alto de su educación?

- Menos de secundaria
- Un diploma secundario o su equivalente
- Algunos estudios universitarios
- Un título de licenciatura
- Un título de post grado

25. ¿Hay niños menores de los 18 años en su casa?

- Si
- No

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Número de hijos

\* 26. ¿ Cuántos niños menores de los 18 años en su casa?

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

CALIDAD DE VIDA

**PRIORIDADES DE LA SALUD**

27. En los últimos 12 meses, cuando se necesitaba el siguiente cuidado de lo difícil fue llegar a acceder a:

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta.	N/A= No necesité este tipo de cuidado	No pude conseguir atención cuando la necesité	Conseguí atención pero con mayor dificultad	Conseguí atención con poca dificultad	Conseguí atención con ningún dificultad
Proveedor medico principal (médico de familia, pediatra, prenatal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especialistas (Corazón, diabetes, cáncer, pies, pulmones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicio de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de comportamiento (psiquiatría, abuso de sustancias, terapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. La gravedad de los problemas siguientes ha sido para usted y su familia en el último año.

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta.	N/A= no aplica a me, ni mi familia, no tuve experiencia con esto	No serio (por ej. Acné de la adolescencia)	Un poco serio	Razonablemente serio	Serio	Muy serio (por ej. VIH/SIDA)
Accidentes (vehículo, bicicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de la ansiedad (artritis, oído, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y droga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nació antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (Cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costo de cuidado medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales, dolor de los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETS's)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilos de vida poco saludables (tabaco, desorden alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no conseguir vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. De la lista siguiente escoger tres áreas importantes que impide usted y su familia mejorar su salud. Clasificar tres áreas de importancia poniendo el 1 como lo más importante.

	1	2	3
Accidentes (vehículo, bicicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del envejecimiento (artritis, oído, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y/o drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad a citas medicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nació antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (Cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo de cuidado medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales, dolor de los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETS's)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilo de vida poco saludable (tabaco, desorden alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no consigue las vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. ¿ Tiene conocimiento de personas o grupos en la comunidad que están trabajando juntos para mejorar la salud y calidad de vida?

- Si
- No

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

### Calidad De Vida Ciudadano De Evaluacion

#### PRIORIDADES COMUNITARIAS

31. La gravedad de los problemas siguientes ha sido para usted y su familia en el último año.

	Yo no soy capaz de responder a esta pregunta.	N/A= no aplica a me, ni mi familia, no tuve experiencia con esto	No serio (por ej. Acné de la adolescencia)	Un poco serio	Razonablemente serio	Serio	Muy serio (por ej. VIH/SIDA)
Abuso infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delincuencia contra la seguridad pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La violencia doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de vivienda o vivienda inadecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirse conectado con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El racismo e intolerancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. De la lista siguiente escoger el área que más impide usted y su familia mejorar su salud.

- Abuso infantil
- Delincuencia contra la seguridad pública
- La violencia doméstica
- Falta de vivienda o vivienda inadecuada
- No sentirse conectado con los demás
- El racismo e intolerancia

33. ¿Es esta comunidad un buen lugar para criar a los hijos (Considerar la calidad escolar, guardería, programas después de escuela, recreación, etc.)?

- Si
- De alguna manera
- No

34. ¿Es esta comunidad un buen lugar para envejecer (considere anciano vivienda amigable, transporte a los servicios médicos, iglesias, tiendas, guarderías ancianos, el apoyo social para los ancianos que viven solos, comidas a domicilio, etc.)?

- Si
- De alguna manera
- No

35. ¿Hay oportunidades económicas en la comunidad (considere propiedad y negocios operados localmente, puestos de trabajo con el crecimiento profesional, la capacitación laboral / oportunidades de educación superior, vivienda asequible, distancia razonable, etc.)?

- Si
- Del alguna manera
- No

36. En los próximos 5 años, ¿cuáles son los tres principales problemas que alguna vez vistieron será más probable que mejore su salud? Por favor clasificar a sus 3 primeros temas siendo 1 el más importante.

	1	2	3
Accidentes (vehículo, bicicleta, caídas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del envejecimiento (artritis, oído, pérdida de visión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de alcohol y drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad a citas medicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud de infancia (nació antes de tiempo, peso bajo al tiempo de nacimiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El abuso infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad crónica (Cáncer, diabetes, enfermedad de corazón, enfermedad de los pulmones, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El costo de cuidado medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delincuencia contra la seguridad pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas dentales, dolor de los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La violencia doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Infecciosa (hepatitis, TB, gripe, ETS's)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asuntos de salud mental (depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, problemas psiquiátricas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilos de vida poco saludables (tabaco, desorden alimenticio, falta de ejercicio, falta de usar el cinturón de seguridad, no consigue las vacunas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de vivienda o vivienda inadecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sentirse conectado con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racismo e intolerancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



37. ¿Finalmente, lo que hace que te sientas orgulloso de tu comunidad?

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Grupos comunitarios:

38. Por favor listar una persona, grupo, o programa que está colaborando para mejorar la salud y calidad de vida en su comunidad:

## Encuesta Regional De Evaluacion Salud

Entregar

**¡Gracias por darnos tus comentarios!**

Le invitamos a proporcionar su nombre y correo electrónico se desea recibir la actualización avances en la evaluación o si usted está dispuesto a proporcionar información adicional.

Si usted tiene alguna pregunta puede llamar o enviar por correo electrónico a Jon Mooney con el Departamento de Salud del condado de Greene en Springfield, 417-874-1250, [jmooney@springfieldmo.gov](mailto:jmooney@springfieldmo.gov).

39. Dirección

Nombre	<input type="text"/>
Código postal donde vive	<input type="text"/>
Email/Correo electrónico	<input type="text"/>