



YOUR OPINION MATTERS



2013 Farmworker Feedback on Health Services in NC

Information about farmworker:

Sex: M F Age: _____ Seasonal or Migrant County of Residence: _____

1) How were you treated by staff from the health program during the past year (clinic and outreach staff)?

2) Was the information that the outreach staff gave you in your camp or home helpful and clear?
Check one below.

- Yes No I have not received information

If no, please explain: _____

3) How can we better help you to access health services?

4) Have you had difficulty accessing any of the following services? *Mark all that apply.*

- General doctor services Dental care
 Specialty care Other (please specify): _____
 Mental health _____

4a) What difficulties did you have? *Mark all that apply.*

- Transportation Permission to leave work
 Language Clinic schedule
 Cost of service(s) Other (please specify): _____
 Child care I did not have any difficulty

5) What health topic/s are you interested in learning more about? _____

6) Is there anything else you want to comment on? _____

Thank you for taking a moment to complete this survey!

Information about interviewer: Volunteer Intern Outreach Staff Patient

Date: _____ **Location:** Clinic Camp/Home



SU OPINIÓN VALE



2013 Encuesta sobre los Servicios de Salud para Trabajadores Agrícolas en Carolina del Norte

Información sobre el trabajador:

Sexo: M F Edad: _____ Trabajador temporal o Migrante Condado de Residencia: _____

1) ¿Cómo ha sido tratado por el personal del programa de salud durante este último año (en la clínica y el campo o casa)?

2) ¿La información que le dieron en el campo o su casa fue útil y clara?

Marque una de las siguientes respuestas.

Sí No No me dieron ningún tipo de información

Si responde "No", por favor explique porque: _____

3) ¿Cómo podemos ayudarle a mejorar su acceso a servicios de salud?

4) ¿Ha tenido dificultad en obtener algunos de los siguientes servicios? *Seleccione todos los que correspondan.*

Servicios Médicos (Doctor) Cuidado Dental
 Servicios Especializados (Especialistas) Otros (por favor especifique): _____
 Salud Mental _____

4a) ¿Cuáles dificultades ha tenido? *Seleccione todos los que correspondan.*

Falta de transporte No me dieron permiso para faltar el trabajo
 Idioma El horario de la clínica
 Costo del servicio Otros (por favor especifique): _____
 Falta de cuidado para niños No he tenido dificultades

5) ¿Sobre cual(es) tema(s) de salud desea aprender más? _____

6) ¿Tiene algún otro comentario? _____

¡Gracias por llenar esta encuesta!

Información sobre el/la entrevistador/a: Voluntario/a Pasante Personal del programa Paciente

Fecha: _____ Ubicación: Clínica Campo/Casa