# 

Informe de actividades de la subvención para la equidad en salud pública de Organizaciones de base comunitaria (CBO)

# **Preguntas para los informes de actividad, enero de 2025**

# (El periodo de referencia es del 1ro de octubre al 31 de diciembre 2024)

**Objetivo y calendario**

Se le solicitará que haga una presentación en línea de informes de las actividades para cada trimestre en la que se describa el progreso y los desafíos de sus actividades del plan de trabajo de la Equidad en salud pública. Sus respuestas a las preguntas sobre la presentación de informes ayudarán a la OHA a obtener más información sobre el trabajo que se lleva a cabo en las comunidades con los fondos de la ayuda. Con esta información, la OHA podrá comprender cómo podemos respaldar mejor su trabajo y comunicar a los colaboradores de salud pública su importante trabajo a nivel local. Sus respuestas no se utilizarán para criticar o juzgar su progreso. En este documento se visualizan previamente las preguntas que le haremos sobre el informe de actividad.

A continuación se enumeran detalles adicionales sobre la presentación de informes de las actividades relacionadas con esta ayuda:

* Refiérase a la tabla que aparece a continuación para enterarse de las fechas de la presentación de informes de actividades para cada trimestre
* Tenga en cuenta que cambiamos la frecuencia de dos veces al año a cada trimestre para la presentación de informes de actividades basándonos en los comentarios en los que se señalaba que era difícil hacer un seguimiento de las actividades durante los 6 meses de intervalo entre las fechas de presentación de informes.
* Las preguntas sobre la presentación de informes de actividades se encuentran **a continuación**. Recuerde que usted informará sobre el mismo grupo de **“preguntas principales”** en cada trimestre.
* Al final de la encuesta sobre la presentación de informes de actividades, tendrá la opción de solicitar una copia de sus respuestas para guardar en sus registros.
* Si tiene preguntas, comuníquese con el área de Coordinación de Participación Comunitaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mes de la presentación de informes** | **Presentación de informes para estas fechas** | **Preguntas de los informes** |
| Octubre 2024 | Del 1 de julio, 2024 al 31 de diciembre, 2024 | Preguntas  expandidas |
| Enero 2025 | Del 1 de octubre, 2024 al 31 de diciembre, 2024 | Preguntas principales |
| Abril 2025 | Del 1 de enero 2025 al 31 de marzo, 2025 | Preguntas principales |
| Julio 2025 | Del 1 de abril, 2025 al 30 de junio, 2025 | Preguntas  expandidas |

# **Preguntas principales**

# **Todos los beneficiarios**

1. Seleccione todas las áreas del programa en las que esté trabajando con los fondos de participación en salud pública entregados a las organizaciones comunitarias (Community Based Organizations, CBO) por parte de la OHA.

* Salud adolescente y escolar
* Prevención del tabaquismo comercial
* Prevención de sobredosis
* Modernización de la salud pública: prevención de enfermedades contagiosas
* Modernización de la salud pública: preparación ante emergencias
* Modernización de la salud pública: salud ambiental y salud climática
* Respuesta al Mpox (Viruela del mono)
* Agua de pozo

1. Indique su información de contacto (nombre completo, organización, puesto, dirección de correo electrónico y número de teléfono).

Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Seleccione todos los condados donde se desarrollaron sus actividades financiadas durante el período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024

* Condado de Baker
* Condado de Benton
* Condado de Clackamas
* Condado de Clatsop
* Condado de Columbia
* Condado de Coos
* Condado de Crook
* Condado de Curry
* Condado de Deschutes
* Condado de Douglas
* Condado de Gilliam
* Condado de Grant
* Condado de Harney
* Condado de Hood River
* Condado de Jackson
* Condado de Jefferson
* Condado de Josephine
* Condado de Klamath
* Condado de Lake
* Condado de Lane
* Condado de Lincoln
* Condado de Linn
* Condado de Malheur
* Condado de Marion
* Condado de Morrow
* Condado de Multnomah
* Condado de Polk
* Condado de Sherman
* Condado de Tillamook
* Condado de Umatilla
* Condado de Union
* Condado de Wallowa
* Condado de Wasco
* Condado de Washington
* Condado de Wheeler
* Condado de Yamhill

#### Seleccione todas las comunidades a las que brindó servicios a través de sus actividades financiadas durante el período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

* Comunidades de aborígenes de América del Norte y de nativos e indígenas de Alaska
* Comunidades asiáticas
* Comunidades negras, afroamericanas y africanas
* Comunidades latinas
* Comunidades de las islas del Pacífico
* Comunidades de eslavos y habitantes de Europa del Este
* Personas con discapacidad
* Comunidades LGBTQIA2S+
* Comunidades de inmigrantes y refugiados
* Comunidades rurales
* Comunidades religiosas
* Comunidades de personas sin hogar
* Personas con problemas de salud mental
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Realizó el trabajo financiado en un idioma diferente al inglés?

* Si
* No

1. ¿Qué idiomas utilizó para realizar su trabajo financiado?

* Árabe
* Chino - mandarín
* Chino - Yue (incluido el cantonés)
* Francés
* Alemán
* Hindi
* Japonés
* Coreano
* Rumano
* Ruso
* Somalí
* Español
* Tagalo
* Ucraniano
* Vietnamita
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Describa su progreso respecto de las actividades del plan de trabajo para este período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre, 2024, al 31 de diciembre, de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Describa los desafíos relacionados con las actividades del plan de trabajo e indique qué recursos o apoyo podría brindarle la OHA a su organización para superar esos desafíos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ¿Ha cambiado alguna de las actividades de su plan de trabajo durante el periodo que abarca este informe, desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024? Entendemos que es posible que sus actividades deban cambiar con el tiempo para cumplir los objetivos de su plan de trabajo

### No, las actividades de mi plan de trabajo no han cambiado.

### Si, las actividades de mi plan de trabajo han cambiado (por favor describa en qué han cambiado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Subvenciones para la Salud Escolar y de los Adolescentes; Prevención del Tabaquismo Comercial; Prevención de Sobredosis; Modernización de la Salud Pública - Prevención de Enfermedades Transmisibles; Modernización de la Salud Pública - Preparación ante Emergencias; o Modernización de la Salud Pública - Salud Medioambiental y Salud Climática.

1. ¿Dirigió o participó en eventos/programas comunitarios durante el período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre 2024, al 31 de diciembre, de 2024?

### Por favor, no responda a esta pregunta para el trabajo en Mpox o Agua de pozo. Recibirá un grupo de preguntas diferente sobre eventos/programas comunitarios para el trabajo financiado en esas áreas.

### Si la respuesta es sí, se le solicitarán detalles sobre esos eventos. Sus respuestas se combinarán con otras respuestas. Esta información es útil para que la OHA tenga un registro de la cantidad de personas que se beneficiaron de las actividades financiadas.

* Si
* No

1. Nombre del evento (por ejemplo, feria comunitaria del condado de North, reunión de recuperación para adultos, reunión trimestral de coalición para la prevención del tabaco con fines comerciales).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indique el número de personas a las que atendió su organización en el acto. Si no hizo un seguimiento de la asistencia al evento, puede utilizar su mejor estimación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Entre las siguientes opciones, elija aquella que mejor describa el objetivo principal o el resultado del evento.

* Identificar y evaluar las prioridades de la comunidad
* Proveer educación y comunicación de salud específica para la comunidad y para la cultura
* Brindar programas, servicios, recursos y apoyo de salud pública específicos para la comunidad y para la cultura
* Fomentar la participación de las comunidades e informar sobre las prioridades de las políticas de salud
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Con qué áreas del programa financiado se relacionó el evento con alcance comunitario? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

* Salud adolescente y escolar
* Prevención del tabaco con fines comerciales
* Prevención de sobredosis
* Modernización de la salud pública: prevención de enfermedades contagiosas
* Modernización de la salud pública: preparación ante emergencias
* Modernización de la salud pública: salud ambiental y salud climática

1. Describa cualquier otro aspecto que le gustaría que conociéramos sobre el evento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Carga de materiales: utilice la función “File Upload” (Cargar archivo) a continuación para subir material del evento, por ejemplo, videos, fotos, folletos, etc.

**\*** Haga clic aquí para informar sobre otro evento comunitario que dirigió o en el que participó durante el período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre, 2024, al 31 de diciembre, de 2024.

# **Beneficiarios de la subvención para la respuesta al Mpox**

# Rellene las siguientes preguntas para informar sobre su trabajo en la respuesta mpox. Para todas las preguntas, considere su trabajo desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

# Describa cómo llevó a cabo la divulgación en la comunidad en general para la respuesta al mpox (no centrada en las vacunas):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Describa cómo implicó específicamente a la comunidad en la vacunación contra el mpox:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Para cada evento de vacunación contra el mpox que haya apoyado, le pediremos la fecha y el lugar del evento, el número de personas vacunadas y las poblaciones prioritarias atendidas.

# ¿Cuál fue la fecha de su primer evento de vacunación?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál fue el lugar de la vacunación contra el mpox? (Por favor, incluya el condado y el código postal donde tuvo lugar el evento)

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántas personas fueron vacunadas contra el mpox en este acto?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Qué grupos de población prioritarios fueron atendidos en este acto? (Seleccione todas las que procedan)

* Comunidades indígenas/nativas americanas/de Alaska
* Comunidades asiáticas
* Comunidades negras/afroamericanas/africanas
* Niños menores de 5 años
* Comunidades latinas/a/x
* Comunidades de las islas del Pacífico
* Comunidades eslavas/de Europa del Este
* Personas con discapacidad
* Comunidades LGBTQIA2S+
* Comunidades de inmigrantes y refugiados
* Comunidades rurales
* Comunidades religiosas
* Comunidades sin vivienda
* Personas con problemas de salud mental
* Personas desempleadas o subempleadas
* Personas de menores ingresos
* Personas con diploma de secundaria o menos
* Personas que trabajan al aire libre
* Mayores de 65 años
* Otras comunidades no mencionadas anteriormente (favor de describir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Tiene algún otro evento relacionado con la vacuna mpox del que informar?

# Si

# No

# **Beneficiarios de la subvención para Agua de Pozo**

# Por favor, rellene las siguientes preguntas de informe de actividad para su trabajo sobre seguridad, pruebas y mitigación del agua de pozo. Este trabajo se conoce a menudo como Área de Gestión de Aguas Subterráneas de la Cuenca del Bajo Umatilla o LUBGMA. Para todas las preguntas, considere su trabajo desde el 1 de enero de 2024 hasta el 30 de septiembre de 2024.

1. Como parte de sus actividades principales de CBO, ¿a cuántas personas ha educado sobre la seguridad del agua de pozo, los análisis y la calidad del agua?

# Proporcionando folletos y otros materiales escritos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Hablándolo durante las citas/visitas con los clientes?

# \_\_\_\_\_\_\_\_

# Conversando durante las clases o en otras actividades de grupo?

# \_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Otras actividades educativas? Descríbalas:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Como parte de las actividades principales de su CBO, ¿a cuántas personas ha ayudado a analizar el agua de pozo?

# ¿Ayudando a alguien a rellenar una solicitud para someterse a las pruebas y a programar citas para las pruebas utilizando la solicitud en línea en el sitio web de la OHA testmywell.oregon.gov o pruebadepozo.oregon.gov?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Proporcionando un kit de pruebas rápidas (tiras reactivas e información)?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Otra ayuda? Descríbala:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Describa los actos comunitarios en los que proporcionó material educativo sobre los riesgos para la salud del agua de pozo contaminada

# ¿En cuántos actos comunitarios proporcionó material educativo sobre los riesgos para la salud del agua de pozo contaminada (distribuyó la hoja informativa sobre nitratos de la OHA)?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# Indique el nombre, la fecha y el lugar del acto o actos:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas alcanzó durante esos actos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas contactó en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas contactó en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas alcanzó en otros idiomas? Indique los idiomas y el número de personas a las que asistió:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos repartió durante estos actos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos que repartió estaban en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos que repartió estaban en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Proporcionó kits de pruebas rápidas (kits proporcionados por la OHA con tiras reactivas e información sobre cómo utilizarlos) en alguna comunidad?

# Si

# No

1. Describa los actos comunitarios en los que distribuyó kits de pruebas rápidas

# Indique el nombre, la fecha y el lugar del evento o eventos:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A cuántas personas asistió durante esos eventos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas asistió en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A cuántas personas asistió en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas aproximadamente prestó asistencia en otros idiomas? Indique los idiomas y el número de personas atendidas:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares ayudó proporcionando kits de pruebas rápidas durante los actos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares asistió en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares asistió en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Prestó asistencia para la realización de pruebas de agua de pozo en algún evento comunitario ayudando a la gente a completar un formulario de pruebas de laboratorio en línea?

# Si

# No

# Indique el nombre, la fecha y el lugar del evento o eventos:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas asistió durante esos eventos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas asistió en inglés?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas asistió en español?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas aproximadamente prestó asistencia en otros idiomas? Indique los idiomas y el número de personas atendidas:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares ayudó a analizar el agua de pozo durante los actos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares asistió en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántos hogares asistió en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Describa otras actividades de divulgación que haya realizado para dar a conocer el agua de pozo y los análisis de agua de pozo.

# Describa otras actividades de divulgación que haya realizado:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Indique el nombre, la fecha y el lugar de la actividad de divulgación:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas ha alcanzado con estos esfuerzos?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas ha atendido en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas ha atendido en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿A cuántas personas alcanzó en otros idiomas? Indique los idiomas y el número de personas a las que asistió:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos repartió durante esta otra campaña de divulgación?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos repartió en inglés?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos folletos u otros materiales educativos repartió en español?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha participado su organización en los análisis a domicilio del agua de pozo coordinados por el estado o el condado?

# Si

# No

# Describa su participación en los análisis domiciliarios del agua de pozo coordinados por el Estado o el condado.

# ¿En cuántas horas de análisis de agua de pozo a domicilio ha participado su organización?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos miembros del personal participaron?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Cuántos voluntarios?

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Todos los beneficiarios**

1. ¿Trabajó con otras organizaciones colaboradoras en sus actividades financiadas durante este período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre, 2024, hasta el 31 de diciembre, de 2024?

Si la respuesta es sí, se le solicitarán detalles sobre esas colaboraciones. Un objetivo de la financiación de la Equidad en salud pública es apoyar la colaboración entre socios comunitarios. Mediante estos datos, la OHA puede informar sobre las colaboraciones locales respaldadas por esta ayuda económica.

* Sí
* No

1. Nombre de la organización colaboradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Qué tipo de organización es esta organización colaboradora?

* Organizaciones comunitarias
* Departamentos de salud pública local
* Otro organismo gubernamental local/estatal
* Departamentos de salud tribales
* Escuelas o distritos escolares
* Centros de salud escolares
* Universidades u otras organizaciones académicas
* Sistemas de atención médica, entre los que se incluyen clínicas, centros de salud calificados a nivel federal y oficinas de proveedores médicos
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indique si esta colaboración es nueva durante este período de presentación de informes o si era una organización colaboradora existente.

* Nueva asociación
* Asociación existente

**\***Haga clic aquí para informar sobre otra organización colaboradora con la que haya trabajado durante el período de presentación de informes que comprende desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

1. Por favor, describa cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos sobre su trabajo en este periodo de información desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Dispone de ejemplos de trabajo (por ejemplo, vídeos, informes, folletos) para compartir con la OHA? En caso afirmativo, cárguelos aquí.

Tenga en cuenta que esto es opcional. A la OHA le interesan sus ejemplos de trabajo para que podamos comprender y comunicar mejor su importante labor local.

Haga clic en el botón “Browse” y seleccione el archivo que desea cargar.