




Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de su Diabetes

La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Por favor tómese unos minutos para responder las siguientes preguntas sobre la atención médica que usted recibió para su diabetes. Su participación es voluntaria y todas sus respuestas serán mantenidas en forma confidencial. Si desea hacer alguna pregunta acerca de esta encuesta, por favor llame a Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377).

Esta encuesta debe ser completada por 

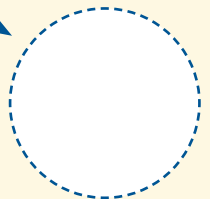
NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PID: _____

RUID: _____

Cuando haya completado la encuesta, por favor dóblela, séllela con esta etiqueta, y póngala en el sobre provisto.



La Agencia para la Investigación y Calidad de los Servicios de Salud y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de su Diabetes

Instrucciones: Responda cada pregunta marcando un encasillado o anotando una cantidad como se indica. Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que usted pueda dar.

1. ¿Le ha dicho **alguna vez** un médico u otro profesional de la salud que usted tiene diabetes o azúcar en la sangre? (MARQUE UNA)

Sí..... 1

►► Por favor continúe.

No..... 2

►► Gracias por su tiempo.

Esta encuesta está completa.

2. Durante el año 2007, ¿cuántas veces le examinó la sangre un médico, una enfermera, u otro profesional de la salud para ver si tenía hemoglobina glicosilada o “hemoglobina A-one-C”?

(A1C es un examen de sangre que se hace principalmente para chequear el nivel de glucosa de los diabéticos. Por favor tenga en cuenta que este es un examen que se hace en un laboratorio, hospital o en la oficina de un doctor. NO es un examen que se hace en casa).

Si se le hizo este examen, anote la cantidad de veces..... _____

No le hicieron la prueba de sangre A1C..... 96

No sé 98

Nunca 00

3. Durante el año 2007, ¿cuántas veces le examinó los pies un profesional de la salud para ver si tenía llagas o irritaciones? (ANOTE LA CANTIDAD DE VECES)

Cantidad de veces..... _____

Nunca 00

4. ¿En cuáles de los siguientes años le hicieron un examen de la vista en el que le hayan dilatado las pupilas? Esto le habría hecho a usted sensible temporalmente a la luz brillante.

(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE)

Durante 2008 1

Durante 2007..... 2

Durante 2006..... 3

Antes de 2006..... 4

Nunca 00

5. ¿Le ha causado su diabetes problemas con los riñones?

Sí 1

No..... 2

6. ¿Le ha causado su diabetes problemas con los ojos que hayan necesitado ser tratados por un oftalmólogo?

Sí 1

No..... 2

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, realizada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Esta encuesta está autorizada bajo la Sección 902(a) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299a]. La confidencialidad de la información personal está protegida por estatuto Federal, Sección 924(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C 299c-3(c) y 242m(d)]. Esta ley prohíbe la divulgación de información personal fuera de las agencias de salud pública que auspician la encuesta o sus contratistas sin obtener primero la autorización de la persona que dió la información. El gobierno federal requiere que a todas las personas que se les pide que respondan una de sus encuestas, se les dé la siguiente información: La carga pública de la recolección de esta información se calcula en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado para responder la “Encuesta Acerca de la Atención Médica de Su Diabetes”. Mande comentarios en relación al cálculo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a:

Reports Clearance Officer
Attention: PRA, United States Public Health Service
Paperwork Reduction Project (0935-0098)
Hubert H. Humphrey Building, Room 721-B
200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201

7. ¿Está siendo tratada su diabetes modificándole su dieta?
Sí..... 1
No..... 2

8. ¿Está siendo tratada su diabetes con medicinas tomadas por vía oral?
Sí 1
No..... 2

9. ¿Está siendo tratada su diabetes con inyecciones de insulina?
Sí 1
No..... 2

10. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted algo de lo siguiente para enseñarle a cuidarse la diabetes?
Llamada telefónica a su hogar
Sí 1
No..... 2
Cita con una enfermera
Sí 1
No..... 2

Visita a su hogar
Sí 1
No..... 2

Lo(a) mandaron a un especialista
Sí 1
No..... 2

11. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde que un médico u otro profesional de salud le midió el colesterol en la sangre?
DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO..... 1
DENTRO DE LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS 2
DENTRO DE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS 3
DENTRO DE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS 4
HACE MÁS DE 5 AÑOS 5
NUNCA..... 00

12. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde que le pusieron una vacuna para la gripe o “flu” (en forma inyectable o de atomizador nasal)?
DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO..... 1
DENTRO DE LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS 2
DENTRO DE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS 3
DENTRO DE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS 4
HACE MÁS DE 5 AÑOS 5
NUNCA..... 00

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta importante encuesta.

Por favor recuerde doblarla, sellarla, y ponerla en el sobre provisto.

Fecha en que fue completada _____

Si esta encuesta no fue completada por la persona nombrada en la primera página, ¿quién completó esta encuesta? _____

¿Cuál es la relación o parentesco de esta persona con la persona nombrada en la primera página? _____

¿Cuál es la razón por la que la persona nombrada en la primera página no completó la encuesta ella misma? _____

