


Representante 2009



Una encuesta acerca de la atención médica de la diabetes

La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Agradeceríamos si usted se pudiese tomar unos minutos para responder las siguientes preguntas sobre la atención médica que el miembro de su familia recibió para la diabetes de él o ella. Su participación es voluntaria y todas las 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 para 

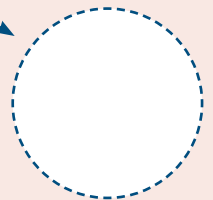
NOMBRE: _____

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 sobre el cuidado de su diabetes

Instrucciones: responda cada pregunta marcando con un una casilla o anotando una cantidad según sea la pregunta. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor dénos la mejor respuesta que pueda.

Un **profesional del cuidado de la salud** puede ser un médico general, un especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, una enfermera o cualquier persona que le presta atención médica.

1. ¿Le ha dicho **alguna vez** un médico u otro profesional del cuidado de la salud a (NAME) que tiene diabetes? (MARQUE UNA)

Sí 1

▶▶▶ **Por favor continúe.**

No 2

▶▶▶ **Gracias por su tiempo.
Ha completado la encuesta.**

2. Durante el 2008, ¿cuántas veces analizó **la sangre** de (NAME) un médico, una enfermera u otro profesional del cuidado de la salud para ver si había hemoglobina glucosilada o “hemoglobina A1C”?

(El A1C es un análisis de sangre que se hace principalmente para monitorear el nivel de glucosa en las personas diabéticas. Tenga en cuenta que éste es un análisis de sangre que se debe hacer en un laboratorio, hospital o consultorio. NO es un análisis que se puede hacer en el hogar.)

Si a (NAME) le hicieron este análisis de sangre, anote LA CANTIDAD DE VECES

..... _____

No le hicieron el análisis de sangre A1C 96

No sabe 98

Nunca 00

3. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años, un médico u otro profesional del cuidado de la salud, le examinó los pies a (NAME) para detectar alguna llaga o irritación?

[MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA]

Durante 2009 1

Durante 2008 2

Durante 2007 3

Antes de 2007 4

Nunca 00

4. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años tuvo (NAME) un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le debió haber causado a (NAME) sensibilidad a la luz brillante de manera temporal. [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA]

Durante 2009 1

Durante 2008 2

Durante 2007 3

Antes de 2007 4

Nunca 00

5. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le analizaron a (NAME) el colesterol en la sangre? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA]

Durante 2009 1

Durante 2008 2

Durante 2007 3

Antes de 2007 4

Nunca 00

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

6. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le pusieron a (NAME) una vacuna contra la gripe o influenza (en inyección o por rociador nasal)? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA]
- Durante 2009 1
- Durante 2008 2
- Durante 2007 3
- Antes de 2007 4
- Nunca 00

7. ¿Le ha causado la diabetes a (NAME) problemas en los riñones?
- Sí 1
- No 2

8. ¿Le ha causado la diabetes a (NAME) problemas en los ojos que hayan tenido que ser tratados por un oftalmólogo?
- Sí 1
- No 2

9. ¿Le están tratando la diabetes a (NAME) con un cambio en la dieta?
- Sí 1
- No 2

10. ¿Le están tratando la diabetes a (NAME) con medicamentos tomados por vía oral?
- Sí 1
- No 2

11. ¿Le están tratando la diabetes a (NAME) con inyecciones de insulina?
- Sí 1
- No 2

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha aprendido (NAME) cómo cuidar de su diabetes?
- Sí 1
- No (ignore la pregunta 13) 2

13. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos ha usado (NAME) para aprender a cuidar de su diabetes? [MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA]
- Hablar con un médico/profesional de la salud en su centro principal de cuidado médico 1
- Hablar con un médico/profesional de la salud fuera de su centro principal de cuidado médico 2
- Hablar por teléfono con un profesional de la salud 3
- Leer sobre esto en la Internet 4
- Tomar una clase en grupo 5

14. ¿Qué tan confiado(a) está (NAME) de poder cuidar de su diabetes?
- Nada confiado(a) 1
- Algo confiado(a) 2
- Confiado(a) 3
- Muy confiado(a) 4
- No sabe/No responde 0

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?
