

Su Salud y Opiniones de Salud

¡Su opinión importa!



Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Comprender cómo se sienten las personas acerca de su salud y los servicios de salud es una importante meta de MEPS. Por favor tómese unos minutos para responder las preguntas de este folleto.

Instrucciones de la Encuesta

- ◆ Por favor responda cada pregunta marcando un encasillado “.” Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.
- ◆ Algunas veces a usted se le pide que vaya a una pregunta específica en esta encuesta. Cuando esto ocurre usted verá una flecha que le indica qué pregunta contestar a continuación, tal como esto:

1 Sí
 2 No → **Vaya a la Pregunta 3**

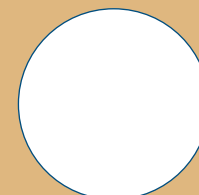
Siguiente pregunta

Este Folleto Debe Ser Completado Por →

RUID: _____ PID: _____
 Name: _____
 Version: _____ DOB: _____ Panel/
 Round: _____

Su participación es voluntaria y todas sus respuestas serán mantenidas en forma confidencial. Si desea hacer alguna pregunta acerca de este folleto, por favor llame a Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377).

Cuando haya completado el folleto, por favor séllelo con esta etiqueta → y póngalo en el sobre provisto. Téngalo listo para dárselo a su entrevistador(a) en su próxima visita.



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

EMPIECE AQUÍ

Sus Servicios de Salud en los Últimos 12 Meses

1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, herida, o condición que necesitó atención inmediata en una clínica, en una sala de urgencias o de emergencia, o en un consultorio médico?

- 1 Sí
2 No → **Vaya a la Pregunta 3**

2. En los últimos 12 meses, cuando usted necesitó atención inmediata, ¿qué tan seguido recibió usted atención tan pronto como creyó que la necesitaba?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Normalmente
4 Siempre

3. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó atención inmediata, ¿hizo alguna cita para su atención médica en un consultorio o una clínica?

- 1 Sí
2 No → **Vaya a la Pregunta 5**

4. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó atención inmediata, ¿qué tan seguido consiguió usted una cita para su atención médica en un consultorio o una clínica tan pronto como usted creyó que la necesitaba?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Normalmente
4 Siempre

5. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que usted fue a un servicio de urgencias, ¿cuántas veces fue a un consultorio o a una clínica para recibir atención médica para usted mismo(a)?

- 0 Ninguna → **Vaya a la Pregunta 13**
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5 a 9 veces
6 10 veces o más

6. En los últimos 12 meses, ¿creyó usted o un médico que usted necesitaba alguna atención médica, pruebas o tratamiento?

- 1 Sí
2 No → **Vaya a la Pregunta 8**

7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil conseguir la atención médica, las pruebas o el tratamiento que usted o su médico creían que era necesario?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Normalmente
4 Siempre

8. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido le escucharon con atención los médicos u otros profesionales de la salud?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Normalmente
4 Siempre

9. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido le explicaron las cosas los médicos u otros profesionales de la salud de una forma que fue fácil de entender?

- 1 Nunca
2 A veces
3 Normalmente
4 Siempre

Por favor, vaya a la página 3 →

10. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido mostraron los médicos u otros profesionales de la salud respeto por lo que usted tenía que decir?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Normalmente
- 4 Siempre

11. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido pasaron suficiente tiempo con usted los médicos u otros profesionales de la salud?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Normalmente
- 4 Siempre

12. Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es la peor atención médica posible y 10 es la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar a toda su atención médica en los últimos 12 meses?

- 0 Peor atención médica posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor atención médica posible

13. ¿Fuma usted actualmente?

- 1 Sí
- 2 No → **Vaya a la Pregunta 15**

14. En los últimos 12 meses, ¿le aconsejó un médico que dejara de fumar?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No vi a un médico en los últimos 12 meses

15. En los últimos 2 años, ¿le ha examinado la presión sanguínea un médico, enfermera, u otro proveedor de servicios de salud?

- 1 Sí
- 2 No

Obtener Atención Médica de un Especialista

Cuando conteste las siguientes preguntas, no incluya visitas al dentista.

16. Los especialistas son médicos como los cirujanos, cardiólogos (especialistas en el corazón), inmunólogos (especialistas en alergias), dermatólogos (especialistas en la piel) y otros médicos que se especializan en un área de atención médica.

En los últimos 12 meses, ¿creyó usted o un médico que usted necesitaba ver a un especialista?

- 1 Sí
- 2 No → **Vaya a la Pregunta 18**

17. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil ver a un especialista que usted necesitaba ver?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Normalmente
- 4 Siempre

Por favor, vaya a la página 4 →

Salud General

18. En general, ¿diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Pasable
- 5 Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. Su estado de salud actual, ¿lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

19. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, o jugar a los bolos o al golf

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita en absoluto

20. Subir varios pisos por la escalera

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita en absoluto

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

21. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

22. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

23. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

24. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

Por favor, vaya a la página 5 →

25. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- 1 Nada en absoluto
- 2 Un poco
- 3 Medianamente
- 4 Bastante
- 5 Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

26. Se ha sentido tranquilo y sosegado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

27. Ha tenido mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

28. Se ha sentido desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

29. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor marque el encasillado que mejor describe qué tan seguido se ha sentido así.

| Durante los últimos 30 días, más o menos, ¿con qué frecuencia se sintió... | Todo el tiempo | Casi todo el tiempo | Parte del tiempo | Muy pocas veces | Nunca |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 30. ...nervioso(a)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 31. ...desesperado(a)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 32. ...intranquilo(a) o inquieto(a)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 33. ...tan triste que nada le alegraba? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 34. ...que todo era un gran esfuerzo? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 35. ...sin mérito alguno? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Las siguientes dos preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas.

| Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? | Casi todos los días | Más de la mitad de los días | Varios días | Nunca |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 36. Tener poco interés o placer en hacer las cosas. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 37. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Por favor, vaya a la página 7 →

Opiniones Acerca de Salud

Para las preguntas 38 a 41, por favor marque uno de los encasillados para indicar qué tan absolutamente de acuerdo o en desacuerdo está con cada aseveración. Si no está seguro(a), por favor marque el encasillado para inseguro (3).

| | Absolutamente en Desacuerdo | Algo en Desacuerdo | Inseguro(a) | Algo de Acuerdo | Absolutamente de Acuerdo |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 38. Soy tan saludable que realmente no necesito seguro de salud. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 39. El seguro de salud no vale el dinero que cuesta. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 40. Es probable que yo tome más riesgos que el común de las personas. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 41. Yo puedo recuperarme de las enfermedades sin la ayuda de un profesional médico. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Fecha en que fue completado: _____

Si este folleto no fue completado por la persona nombrada en la página del frente, ¿quién lo completó?: _____

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

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta.

Recuerde sellarla y ponerla en el sobre provisto.

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, realizada por 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 a las que se les pide que respondan una de sus encuestas se les dé la siguiente información: La carga pública de esta recolección de información está calculada en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado necesario para completar la encuesta acerca de Su Salud y Opiniones de Salud. 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
Attn: 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

