



62563

Formulario aprobado
Núm. de la OMB: 0935-0118
Fecha de vencimiento: 12/31/2015

FOR OFFICE USE	
REGION:	<input type="text"/> <input type="text"/>
RUID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SEX:	<input type="text"/>



Sus opciones de salud

Hay muchos servicios disponibles para cuidados preventivos, tales como pruebas de detección para distintos tipos de cáncer o enfermedades del corazón. No todos eligen las mismas opciones acerca de qué pruebas hacerse, cuándo se debe hacer una prueba en particular o con qué frecuencia. Al contestar este cuestionario, estará ayudando a MEPS a aprender sobre las distintas opciones de cuidados preventivos que las personas eligen.

Este folleto lo deberá completar: →

Nombre:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	MES DÍA AÑO

Su participación es voluntaria y todas sus respuestas se mantendrán de manera confidencial hasta donde lo permita la ley. Si tiene preguntas acerca de este folleto, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).

Esta encuesta está autorizada por el Título 42, artículo 299a del Código de Estados Unidos [42 U.S.C. 299a]. La confidencialidad de sus respuestas a esta encuesta está protegida por los Artículos 944(c) y 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. No se divulgará información que le pudiera identificar a usted salvo que usted haya dado su consentimiento a tal divulgación. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 5 minutos por cuestionario, el tiempo necesario para responder esta entrevista. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo necesario o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducirlo a: AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (0935-0118) AHRQ, 540 Gaither Road, Room #5036, Rockville, MD 20850.



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

➔ Marque con una [X] para contestar cada pregunta.

1. ¿Es usted hombre o mujer?

Hombre

Mujer ➔ Llame a Alex Scott a la línea directa y gratuita 1-800-945-6377 antes de contestar.

2. ¿Cuántos años tiene usted?

Edad en años

3. ¿Cuándo fue la última vez que fue al consultorio médico para un chequeo, visita de seguimiento por una enfermedad o por una preocupación de salud que tenía? No incluya las veces que estuvo hospitalizado ni las veces que fue a la sala de emergencias del hospital.

En los últimos 12 meses

En el último año o en los últimos dos años

En los últimos dos a cinco años

Hace más de cinco años

Nunca

4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido la vacuna contra la gripe en inyección (en su brazo directamente o en la piel) o en espray nasal?

Sí

No

5. En los últimos 12 meses, ¿lo ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?

Sí

No

6. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?

Peso (libras)

7. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?

pies pulgadas

8. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de cómo controlar su peso, le ha hablado sobre cuánto peso quiere perder o lo ha enviado a un programa para bajar de peso para ayudarle con su alimentación y ejercicio?

Sí

No

9. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud cuánto alcohol toma y con qué frecuencia lo hace? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

Sí

No

10. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día? (Una bebida se refiere a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un trago de licor de una onza y media.)

Sí

No

11. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome menos alcohol o que lo deje de tomar?

Sí

No

12. Alguna vez, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud si usted fuma o consume tabaco? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

Sí

No

13. En los últimos 12 meses, aproximadamente, ¿diría que usted ha fumado o consumido tabaco todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
 Algunos días
 Nunca → Pase a la pregunta 17

14. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que deje de fumar o consumir tabaco?

- Sí
 No

15. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome medicamentos para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Algunos de los medicamentos que se pueden usar son: chicles de nicotina, parches, espráis nasales, inhaladores o medicamentos recetados.

- Sí
 No

16. En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho o dado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud métodos o estrategias, aparte de medicamentos, para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Ejemplo de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal o programas para ayudarle a dejar de fumar.

- Sí
 No

17. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de su estado de ánimo, por ejemplo si ha sentido ansiedad o depresión? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

- Sí
 No

18. ¿Le ha chequeado su presión arterial un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 24 meses**?

- Sí
 No



62563

19. ¿Le ha chequeado su colesterol un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 5 años?**

- Sí
- No

20. ¿Le han hecho la prueba del VIH, el virus que causa el SIDA **en los últimos 5 años?**
Incluya análisis de sangre y/o de los fluidos de su boca.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón



- **Si usted tiene más de 50 años, continúe con las preguntas en la siguiente página.**
- **Si usted tiene menos de 50 años, vaya a la contraportada del folleto.**



62563

21. Alguna vez, ¿lo han vacunado contra la neumonía? La vacuna contra el neumococo o la neumonía normalmente se suministra una o dos veces en la vida.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

22. Alguna vez, ¿lo han vacunado contra la culebrilla (herpes zóster)? El nombre de la vacuna es Zostavax®, la vacuna zóster o la vacuna contra la culebrilla. El virus de la varicela ocasiona la culebrilla. La vacuna ha estado disponible desde mayo del 2006.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

23. ¿Hay alguna razón médica que le impide tomar aspirina, tal como una alergia, otro medicamento o efecto secundario?

Sí → Pase a la pregunta 25

No

24. Alguna vez, ¿le ha hablado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados acerca del uso de la aspirina para prevenir un ataque cardíaco o derrame cerebral?

- Sí
- No

25. ¿Ha tenido cáncer de colon o le han extirpado todo el colon?

Sí → Pase a la pregunta 29 en la siguiente página

No

26. ¿Le han hecho una colonoscopia **en los últimos 10 años**? Una colonoscopia examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Después de una colonoscopia, se siente cansancio y normalmente uno necesita que una persona la lleve a su casa.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón



62563

27. ¿Le han hecho una sigmoidoscopia **en los últimos 5 años**? Una sigmoidoscopia también examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Uno está despierto durante este examen y puede manejar a casa.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

28. ¿Ha hecho una prueba de sangre en las heces en casa, **en los últimos 12 meses**? Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le da un paquete especial o una tarjeta para que use en casa y determine si las heces contienen o no sangre.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

29. ¿Ha tenido cáncer de próstata?

- Sí → Vaya a la contraportada del folleto.
- No



30. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron la prueba del APE? La prueba del "A-P-E" es una prueba de sangre para detectar el cáncer de próstata. También se le llama la prueba antígeno prostático específico.

- Nunca me han hecho la prueba del APE
- Menos de 50 años
- Entre 51 y 64 años
- Entre 65 y 74 años
- Más de 75 años

→ **PASE A LA CONTRAPORTADA DEL FOLLETO.**

Fecha en que contestó:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MES			DÍA			AÑO			

GRACIAS POR COMPLETAR EL CUESTIONARIO.

- ▶ Por favor ponga este cuestionario en el sobre que le entregaron y d selo al entrevistador de MEPS.
- ▶ Si el entrevistador no está, por favor ponga el cuestionario en el sobre de envío que le entregó el entrevistador. Si no tiene el sobre, por favor envíe el cuestionario por correo a:

MEPS
c/o Westat
1600 Research Blvd, Room GA51
Rockville, MD 20850