


# ERGM

Encuesta de Registro de Gastos Médicos



## Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de su Diabetes

La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Servicio de Salud Pública. 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.



# 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 2001, ¿cuántas veces lo(a) examinó un médico, una enfermera, u otro profesional de la salud para ver si tenía hemoglobina glicosilada o hemoglobina A<sub>1c</sub>? (ANOTE LA CANTIDAD DE VECES)

Cantidad de Veces..... \_\_\_\_\_

Nunca .....  96

No sé .....  98

3. Durante el año 2001, ¿cuántas veces le examinó los pies un profesional de la salud para ver si tenía inflamaciones o irritaciones? (ANOTE LA CANTIDAD DE VECES)

Cantidad de Veces..... \_\_\_\_\_

Nunca .....  96

4. ¿Cuándo fue la última vez que 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 UNA)

Durante 2002 .....  1

Durante 2001 .....  2

Durante 2000 .....  3

Antes de 2000 .....  4

Nunca .....  5

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, realizada por el Servicio de Salud Pública 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 903(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299a - l(c) y 242m(d)]. Esta ley prohíbe dar a conocer la información personal fuera de las agencias de salud pública que están auspiciando la encuesta o sus contratistas sin obtener primero la autorización de la persona que dio 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

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

7. ¿Está siendo tratada su diabetes modificándole su dieta?

Sí.....  1

No.....  2

8. ¿Está siendo tratada su diabetes con medicinas tomadas por la boca?

Sí .....  1

No.....  2

9. ¿Está siendo tratada su diabetes con inyecciones de insulina?

Sí .....  1

No.....  2

## Gracias por tomarse el tiempo para completar esta importante encuesta.

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

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? \_\_\_\_\_