

# 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 hasta donde lo permite la ley. 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. →

Sus respuestas se mantendrán de manera confidencial hasta donde lo permita la ley, incluyendo la Ley de Confidencialidad de la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de Salud (AHRQ por sus siglas en inglés) 42 USC 299c-3(c). Esa ley exige que la información reunida para investigación o apoyada por la AHRQ que identifica a una persona o a un establecimiento se use solamente para los propósitos para los cuales fue proporcionada a menos que la persona dé su consentimiento para que la información se use para otros propósitos. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 7 minutos por entrevista, 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

# EMPIECE AQUÍ

## Sus Servicios de Salud en los Últimos 12 Meses

**1.** En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, herida, o problema de salud 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, ¿con qué frecuencia 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, ¿con qué frecuencia 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 18**  
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, ¿con qué frecuencia 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, ¿con qué frecuencia 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, ¿con qué frecuencia 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, ¿con qué frecuencia pasaron suficiente tiempo con usted los médicos u otros profesionales de la salud?

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

**12.** En los últimos 12 meses, ¿le dio instrucciones un médico u otro profesional de la salud sobre qué hacer acerca de una enfermedad o problema de salud específico?

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

**13.** En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de comprender estas instrucciones?

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

**14.** En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le pidieron los médicos u otros profesionales de la salud que describiera cómo iba usted a seguir esas instrucciones?

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

**15.** En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted que responder o firmar algún formulario en el consultorio de un médico u otro profesional de la salud?

- 1  Sí
- 2  No → **Vaya a la Pregunta 17**

**16.** En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le ofrecieron ayuda para responder un formulario en el consultorio de un médico u otro profesional de la salud?

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

**17.** 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

**18.** ¿Fuma usted actualmente?

- 1  Sí
- 2  No → **Vaya a la Pregunta 20**

**19.** 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

**Por favor, vaya a la página 4 →**

**20.** 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.

**21.** Los especialistas son médicos como los cirujanos, cardiólogos, inmunólogos, dermatólogos 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 23**

**22.** 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

## Salud General

**23.** En general, ¿diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 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?

**24.** 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

**25.** 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?

**26.** Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado

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

**Por favor, vaya a la página 5 →**

**27. 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 preocupado)?**

**28. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado**

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

**29. 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

**30. 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:**

**31. Se ha sentido tranquilo y sosegado?**

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

**32. Ha tenido mucha energía?**

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

**33. Se ha sentido desanimado y triste?**

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

**34. 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
<b>35. ...nervioso(a)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>36. ...desesperado(a)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>37. ...intranquilo(a) o inquieto(a)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>38. ...tan triste que nada le alegraba?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>39. ...que todo era un gran esfuerzo?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>40. ...que no valía nada?</b>	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
<b>41. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>42. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza.</b>	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 43 a 46, 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
<b>43.</b> 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"/>
<b>44.</b> 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"/>
<b>45.</b> 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"/>
<b>46.</b> 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.

