

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

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 Sí2 No → Vaya a la Pregunta 2019. En los últimos 12 meses, ¿le aconsejó un médico que dejara de fumar?1 Sí2 No3 No vi a un médico en los últimos 12 meses20. En los últimos 2 años, ¿le ha examinado la presión sanguínea un médico, enfermera, u otro proveedor de servicios de salud?1 Sí2 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 Sí2 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 Nunca2 A veces3 Normalmente4 Siempre

Salud General

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

1 Excelente2 Muy buena3 Buena4 Regular5 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 golf1 Sí, me limita mucho2 Sí, me limita un poco3 No, no me limita en absoluto25. Subir varios pisos por la escalera1 Sí, me limita mucho2 Sí, me limita un poco3 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 gustado1 Siempre2 Casi siempre3 Algunas veces4 Casi nunca5 Nunca27. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades1 Siempre2 Casi siempre3 Algunas veces4 Casi nunca5 Nunca

Por favor, vaya a la página 5 →

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
35. ...nervioso(a)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36. ...desesperado(a)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37. ...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"/>
38. ...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"/>
39. ...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"/>
40. ...que no valía nada?	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
41. 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"/>
42. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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
43. 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"/>
44. 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"/>
45. 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"/>
46. 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: / /
MES DÍA AÑO

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.