



52403

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: _____

Fecha de nacimiento: / /

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

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

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

1. ¿Es usted hombre o mujer?

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

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 hospitalizada 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, ¿la 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 la 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 4 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



52403

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 una histerectomía o alguna vez ha tenido cáncer cervical?

- Sí → Pase a la pregunta 23
 No

21. ¿Le han hecho una citología o prueba de Papanicolaou **en los últimos 5 años?** La citología o prueba de Papanicolaou o "Pap" es una prueba de rutina en la que el médico toma una muestra de células con un pequeño cepillo o hisopo, y la envía al laboratorio.

- Sí
 No

22. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron una citología o prueba de Papanicolaou?

- Menos de 35 años
 35 a 44 años
 45 a 54 años
 55 a 64 años
 65 a 74 años
 Más de 75 años

23. ¿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.



52403

24. Alguna vez, ¿la 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

25. Alguna vez, ¿la 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

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

Sí → Pase a la pregunta 28

No



27. 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

28. ¿Le han extirpado ambos senos o alguna vez ha tenido cáncer de mama?

Sí → Pase a la pregunta 30 en la siguiente página

No



29. ¿Le han hecho una mamografía **en los últimos 2 años**? Una mamografía es una radiografía que se toma solamente del seno con una máquina que se oprime contra el seno.

- Sí
- No



52403

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

Sí → Pase a la pregunta 34 en la siguiente página

No

31. ¿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

32. ¿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

33. ¿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



• Si usted tiene más de 65 años, conteste las preguntas 34 y 35 en la siguiente página.

• Si usted tiene menos de 65 años, vaya a la contraportada del folleto.



52403

34. Alguna vez, ¿le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de cuidados que usted tiene osteoporosis? La osteoporosis es una enfermedad en la que los huesos se vuelven frágiles y se rompen con facilidad.

Sí → Vaya a la contraportada del folleto.

No



35. Hay muchas pruebas que se hacen para determinar la densidad del hueso y detectar la osteoporosis en fase inicial, incluyendo la densitometría. Alguna vez, ¿le han medido la densidad de sus huesos?

Sí

No

→ PASE A LA CONTRAPORTADA DEL FOLLETO.

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

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