



Draft

Formulario aprobado
OMB# 0935-0118
Fecha de vencimiento: 05/31/2019

2018

Su Salud y Opiniones de Salud

¡Su opinión importa!



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
Debe Ser
Completado
Por**



REGION: RUID: PID:

NAME: _____

DOB: / / SEX:

MONTH DAY YEAR

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 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, 5600 Fishers Lane, Room #07W42, Rockville, MD 20857.



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



Su salud y opciones acerca de la salud

COMIENCE AQUÍ:

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?

- Menos de 18 años
- Entre 18 y 34 años
- Entre 35 to 49 años
- 50 años o más

3. En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

4. Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría hacer durante un día típico. ¿La **limita su salud en este momento** para hacer estas actividades? De ser así, ¿cuánto la limita?

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, pasar una aspiradora, jugar bolos o jugar golf.

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita

b. Subir **varios** pisos por escalera

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita en absoluto



5. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de su salud física**?
- a. ¿**Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de su salud física**?
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. ¿Estuvo limitada en el **tipo** de trabajo o en otras actividades **como resultado de su salud física**?
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
6. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de algún problema emocional** (como sentirse deprimida o ansiosa)?
- a. **Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. No trabajó o no hizo otras actividades **con tanto cuidado** como normalmente lo haría **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
7. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió **el dolor** con su trabajo habitual (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como las tareas del hogar)?
- Nada
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Mucho
 - Demasiado



Estas preguntas son acerca de cómo se siente y cómo le ha ido **en las últimas 4 semanas**. Dé una respuesta para cada pregunta que se asemeje más a cómo se ha estado sintiendo.

8. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo:

a. se ha sentido calmada y tranquila?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

b. tuvo mucha energía?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

c. se ha sentido desanimada y triste?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca



9. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo han interferido sus **problemas de salud o emocionales** con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

10. Las siguientes preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **los últimos 30 días**. Para cada pregunta, marque el recuadro que describa mejor la frecuencia con la que ha sentido esto.

En los últimos 30 días, aproximadamente, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Todo el tiempo ▼	La mayoría del tiempo ▼	Parte del tiempo ▼	Un poco del tiempo ▼	Nunca ▼
a. nerviosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sin esperanzas?.....					
c. preocupada o inquieta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan triste que nada le podía animar?.....					
e. que todo le costó bastante esfuerzo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. que usted no valía nada?.....					

11. Las siguientes dos preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **las últimas 2 semanas**.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado alguno de los siguientes problemas?

	Casi todos los días ▼	Más de la mitad de días ▼	Varios días ▼	Nunca ▼
a. Tener poco interés o placer al hacer las cosas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse triste, deprimida o sin esperanzas.....				



Sus opciones acerca de su salud

12. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido consejos o información acerca de los métodos anticonceptivos por parte de un médico u otro profesional de cuidados de salud?
- Sí
 No
13. ¿Cuándo fue la última vez que fue a un 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
14. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe (directamente en el brazo o en la piel) o se la aplicaron en forma de espray nasal?
- Sí
 No
15. En los últimos 12 meses, ¿la ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?
- Sí
 No
16. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?
- Peso (libras)**
17. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?
- Pies** **Pulgadas**



18. 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

19. 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

20. 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

21. 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

22. 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



23. 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 → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 27**

24. 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

25. 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

26. 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? Algunos ejemplos de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal o programas para ayudarle a dejar de fumar.

Sí

No



27. 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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

30. ¿Le han hecho una histerectomía o alguna vez ha tenido cáncer cervical?

- Sí → **Si contestó sí, pase a la página siguiente.**
- No



31. ¿Le han hecho una citología o prueba de Papanicolaou o una prueba del virus del papiloma humano (HPV) **en los últimos 5 años?** La citología o prueba de Papanicolaou o “Pap” o la prueba de HPV 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

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

- Menos de 35 años
- Entre 35 y 44 años
- Entre 45 y 54 años
- Entre 55 y 64 años
- Entre 65 y 74 años
- 75 años o más
- Nunca me han hecho una prueba de Papanicolaou o de HPV



**Si tiene 50 años o más, continúe con las preguntas.
Si tiene menos de 50 años, vaya al recuadro “Fecha en que contestó” en la última página.**

33. Alguna vez, ¿la han vacunado contra la neumonía? Normalmente la vacuna contra el neumococo o la neumonía se aplica solamente 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
34. 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
35. ¿Hay alguna razón médica que le impide tomar aspirina, tal como una alergia, otro medicamento o efecto secundario?
- Sí → **Si contestó sí, pase a la pregunta 37**
 - No
36. 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



37. 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 → **Si contestó sí, pase a la pregunta 39**

No

38. Hay muchas pruebas que se hacen para determinar la densidad del hueso y detectar la osteoporosis en fase inicial, incluyendo la densitometría ¿Alguna vez se ha hecho una densitometría?

Sí

No

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

Sí → **Si contestó sí, pase a la pregunta 41**

No

40. ¿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

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

Sí → **Sí contestó sí, vaya al recuadro “Fecha en que contestó” en la siguiente página**

No

42. ¿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

43. ¿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



Draft

44. ¿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 usar en casa y determinar 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

► **Fecha en que contestó:**

		/			/				
Mes			Día			Año			

► ¿Quién completó este formulario?

- La persona que aparece en la portada de este formulario
- Otra persona,



En caso de ser otra persona, ¿cuál es el parentesco o la relación de esa otra persona con la persona que aparece en la portada de este formulario?

- Esposo o esposa
- Pareja sin casarse
- Madre, padre o tutor
- Hijo o hija
- Otro familiar
- Persona que no es un familiar

¡GRACIAS POR CONTESTAR EL CUESTIONARIO!

- **Por favor, ponga este cuestionario en el sobre que le entregaron y déselo al entrevistador de MEPS.**
- **Si el entrevistador ya no está disponible, 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**

18-233S.F