

# 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 la ERGM. 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 ésto ocurre usted verá una flecha que le indica qué pregunta contestar a continuación, tal como ésto:

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. 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 la próxima visita de (él/ella).



LA AGENCIA PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y  
EL CENTRO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE ESTADOS UNIDOS

OMB # 0935-0104

Pegue la etiqueta aquí (vea la página de atrás) →

## Sus Servicios de Salud en los Últimos 12 Meses

1. **En los últimos 12 meses, ¿tuvo una enfermedad, una lesión, o una condición que haya necesitado atención inmediata en una clínica, sala de urgencias, o en un consultorio médico?**

1  Sí  
2  No → Vaya a la Pregunta 3

2. **En los últimos 12 meses, cuando necesitó atención inmediata para una enfermedad, lesión, o condición, ¿qué tan seguido recibió atención tan pronto como quería?**

1  Nunca  
2  Algunas veces  
3  Usualmente  
4  Siempre

3. **Un profesional de salud puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, una enfermera, o cualquier otra persona que usted vería para servicios de salud.**

**En los últimos 12 meses, sin contar las ocasiones en que usted necesitó atención imediata, ¿hizo alguna cita con un médico o con otro profesional de salud para servicios de salud?**

1  Sí  
2  No → Vaya a la Pregunta 5

4. **En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido consiguió usted una cita para servicios de salud tan pronto como quiso?**

1  Nunca  
2  Algunas veces  
3  Usualmente  
4  Siempre

5. **En los últimos 12 meses, (sin contar las veces que fue a una sala de urgencias), ¿cuántas veces fue a un consultorio médico o clínica para recibir atención para usted mismo(a)?**

0  Ninguna → Vaya a la Pregunta 13

1  1  
2  2  
3  3  
4  4  
5  5 a 9 veces  
6  10 veces o más

6. **En los últimos 12 meses, ¿creía usted o un médico que usted necesitaba alguna atención, prueba, o tratamiento?**

1  Sí  
2  No → Vaya a la Pregunta 8

7. **En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo para conseguir la atención, las pruebas, o el tratamiento que usted o su médico creía que era necesaria?**

1  Mucho problema  
2  Poco problema  
3  Ningún problema

8. **En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido los médicos u otros proveedores de servicios de salud lo(a) escucharon a usted con atención?**

1  Nunca  
2  Algunas veces  
3  Usualmente  
4  Siempre

9. **En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido los médicos u otros proveedores de servicios de salud le explicaron las cosas de manera que usted pudiera comprender?**

1  Nunca  
2  Algunas veces  
3  Usualmente  
4  Siempre

Por favor, vaya a la página 3 →

10. **En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido los médicos u otros proveedores de servicios de salud mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?**

- 1  Nunca
- 2  Algunas veces
- 3  Usualmente
- 4  Siempre

11. **En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido los médicos o los otros proveedores de servicios de salud pasaron suficiente tiempo con usted?**

- 1  Nunca
- 2  Algunas veces
- 3  Usualmente
- 4  Siempre

12. **Queremos saber cómo califica usted los servicios de salud que recibió en los últimos 12 meses de todos los médicos y de otros proveedores de servicios de salud.**

**Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor servicio de salud posible, y 10 es el mejor servicio de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar todos sus servicios de salud?**

- 0 Peor servicio de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor servicio de salud posible

13. **¿Fuma usted actualmente?**

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

14. **En los últimos 12 meses, ¿le aconsejó un médico que dejara de fumar?**

- 1  Sí
- 2  No

15. **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

Obtención de Servicios de Salud de un Especialista

**Cuando conteste las siguientes preguntas, no incluya visitas al dentista.**

16. **Los especialistas son médicos tales como los cirujanos, los médicos del corazón, los médicos alergistas, los dermatólogos, y otros médicos que se especializan en un área de los servicios de salud.**

**En los últimos 12 meses, ¿ha pensado usted o su médico que necesitaba ver a un especialista?**

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 18

17. **En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo para ver a un especialista que usted necesitaba ver?**

- 1  Mucho problema
- 2  Poco problema
- 3  Ningún problema

Por favor, vaya a la página 4 →

## Salud General

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

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

**Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que posiblemente usted hace durante un día típico. ¿Le limita su salud ahora en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?**

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

20. **Subir varios tramos de escaleras**

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**Durante las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de su salud física?**

21. **Hizo menos cosas de las que hubiese querido hacer**

- 1  Sí
- 2  No

22. **Estuvo limitado(a) en el tipo de trabajo u otras actividades**

- 1  Sí
- 2  No

**Durante las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de algún problema emocional? (tal como sentirse deprimido(a) o con ansiedad)?**

23. **Hizo menos cosas de las que hubiese querido hacer**

- 1  Sí
- 2  No

24. **No hizo el trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como lo hace usualmente**

- 1  Sí
- 2  No

25. **Durante las 4 semanas pasadas, ¿cuánto interfirió el dolor con su trabajo normal (incluyendo ambos, el trabajo fuera del hogar y el trabajo del hogar)?**

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Moderadamente
- 4  Bastante
- 5  Extremadamente

Por favor, vaya a la página 5 →

Estas preguntas son acerca de cómo se ha sentido y cómo han sido las cosas para usted durante las 4 semanas pasadas. Para cada pregunta, por favor deme la respuesta más cercana a la forma en que usted se ha estado sintiendo.

**¿Qué parte del tiempo durante las 4 semanas pasadas:**

26. **Se ha sentido calmado(a) y en paz?**

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Una buena parte del tiempo
- 4  Una parte del tiempo
- 5  Una pequeña parte del tiempo
- 6  Ninguna parte del tiempo

27. **Ha tenido mucha energía?**

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Una buena parte del tiempo
- 4  Una parte del tiempo
- 5  Una pequeña parte del tiempo
- 6  Ninguna parte del tiempo

28. **Se ha sentido abatido(a) y triste?**

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Una buena parte del tiempo
- 4  Una parte del tiempo
- 5  Una pequeña parte del tiempo
- 6  Ninguna parte del tiempo

29. **Durante las 4 semanas pasadas, ¿qué parte del tiempo su salud física o problemas emocionales interfirieron con sus actividades sociales (tal como visitar amigos, familiares, etc.)?**

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Una parte del tiempo
- 4  Una pequeña parte del tiempo
- 5  Ninguna parte del tiempo

Su Salud Hoy

**Poniendo una marca en un encasillado para las preguntas 30 a 34, por favor indique qué aseveración describe mejor su propio estado de salud hoy.**

30. **Movilidad**

- 1  No tengo problemas para caminar entre la gente
- 2  Tengo algunos problemas para caminar entre la gente
- 3  Estoy confinado(a) a la cama

31. **Cuidado Personal**

- 1  No tengo problemas con el cuidado personal
- 2  Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sólo(a)
- 3  No soy capaz de lavarme o vestirme sólo(a)

32. **Actividades Usuales (ej.: *trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre*)**

- 1  No tengo problemas para realizar mis actividades usuales
- 2  Tengo algunos problemas para realizar mis actividades usuales
- 3  No soy capaz de realizar mis actividades usuales

33. **Dolor/Malestar**

- 1  No tengo dolor ni malestar
- 2  Tengo dolor o malestar moderado
- 3  Tengo extremo dolor o malestar

34. **Ansiedad/Depresión**

- 1  No estoy ansioso(a) ni deprimido(a)
- 2  Estoy moderadamente ansioso(a) o deprimido(a)
- 3  Estoy extremadamente ansioso(a) o deprimido(a)

Por favor, vaya a la página 6 →

### 35. Calificando Su Propio Estado de Salud Hoy

Para ayudarle a usted a decir qué tan bueno o malo es su estado de salud hoy, hemos dibujado una escala (o mejor dicho como un termómetro) en la cual el mejor estado de salud imaginable está marcado con 100, y el peor estado de salud imaginable está marcado con 0.

Quisiéramos que indicara sobre esta escala qué tan bueno o qué tan malo es su propio estado de salud hoy, en su opinión. Por favor, haga ésto dibujando un línea desde el círculo que está en la parte de abajo del termómetro que se encuentra abajo, a cualquier punto del termómetro que indique qué tan bueno o malo es su estado de salud actual.



Por favor, vaya a la página 7 →

## Opiniones Acerca de Salud

**Para las preguntas 36 a 39, 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
36. 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"/>
37. 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"/>
38. 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"/>
39. Yo puedo recuperarme de las enfermedades sin la ayuda de una persona medicamente entrenada.	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.

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 924(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C 299c - 3(c) y 242m(d)]. Esta ley prohíbe la divulgación de información personal fuera de las agencias de salud pública que auspician la encuesta o sus contratistas sin obtener primero la autorización de la persona que dió la información. El gobierno Federal requiere que a todas las personas a las que se les pide que respondan una de sus encuestas se les dé la siguiente información: La carga pública de esta recolección de información está calculada en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado necesario para completar la encuesta acerca de Su Salud y Opiniones de Salud. 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  
Attn: 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

