



Draft

2019

Formulario aprobado
OMB# 0935-0118
Fecha de vencimiento: 11/30/2021

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:

☐ Sí
 ↓
 ☐ No → **Vaya a la Pregunta 3**

Siguiente pregunta

- ◆ 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).
- ◆ Ponga el folleto completado en el sobre provisto. Téngalo listo para dárselo a su entrevistador(a) en su próxima visita.

Este Folleto Debe Ser Completado Por	REGION: <input type="text"/>	RUID: <input type="text"/>	PID: <input type="text"/>
	NAME: _____		
	DOB: <input type="text"/>	/	<input type="text"/>
	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



Draft

Salud general

1. En general, diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, aspirar, 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

3. 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 limitado 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



4. 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 deprimido o ansioso)?

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

5. 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



Draft

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 como se ha estado sintiendo.

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

a. se ha sentido calmado y tranquilo?

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

b. ha tenido 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 desanimado y triste?

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



7. 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

8. 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. nervioso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. preocupado o inquieto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan triste que nada lo podía animar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 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, deprimido o sin esperanzas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Opiniones acerca de la salud

10. Marque **uno** de los recuadros al lado de las siguientes cuatro afirmaciones para indicar qué tanto está **de acuerdo** o **en desacuerdo** con cada afirmación. Si no está seguro, marque el recuadro: no estoy seguro

	Completamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	No estoy seguro	Algo de acuerdo	Completamente de acuerdo
a. Mi salud es lo suficientemente buena y por lo tanto no necesito seguro de salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El seguro de salud no vale el dinero que cuesta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tengo más probabilidad de tomar riesgos que una persona promedio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me puedo recuperar de una enfermedad sin la ayuda de personal médico capacitado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su atención médica en los últimos 12 meses

Las siguientes preguntas son acerca de su atención médica. **No** incluya la atención que recibió cuando permaneció hospitalizado durante por lo menos una noche. **No** incluya las veces en las que fue a consultas de atención dental.

11. En los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna enfermedad, lesión o afección **que necesitaba atención inmediata** en una clínica, sala de emergencia o consultorio médico?

- Sí
- No → Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 13

12. En los últimos 12 meses, cuando **necesitó atención inmediata**, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba?

- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

13. En los últimos 12 meses, ¿hizo citas para un **control o atención habitual** en un consultorio médico o clínica?

- Sí
- No → Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 15

Si la respuesta es sí, vaya a la pregunta 14



14. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia obtuvo una cita para **un control o atención habitual** en un consultorio médico o clínica tan pronto como lo necesitaba?

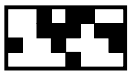
- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

15. En los últimos 12 meses, **sin** contar las veces en las que fue a la sala de emergencias, ¿cuántas veces fue al consultorio médico o clínica para recibir atención médica para sí mismo?

- Ninguna → **Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 26**
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5-9
- 10 veces o más

16. Use cualquier número del 0 al 10, en el que 0 es la peor atención médica posible y 10 es la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar toda su atención médica en los últimos 12 meses?

- 0 La peor atención médica posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor atención médica posible



Draft

17. En los últimos 12 meses, ¿le indicó un médico u otro proveedor de salud lo que tenía que hacer respecto a una enfermedad o afección específica?

- Sí
 No → Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 20

18. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se comprendieron estas indicaciones con facilidad?

- Nunca
 A veces
 Normalmente
 Siempre

19. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de salud le pidieron que describa cómo iba a seguir estas indicaciones?

- Nunca
 A veces
 Normalmente
 Siempre

20. En los últimos 12 meses, ¿tuvo que llenar o firmar algún formulario en un consultorio médico o en el consultorio de otro tipo de proveedor de salud?

- Sí
 No → Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 22

21. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le ofrecieron ayuda para llenar un formulario en el consultorio médico o en el consultorio de otro tipo de proveedor de salud?

- Nunca
 A veces
 Normalmente
 Siempre



22. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales de la salud le explicaron las cosas de una manera fácil de comprender?

- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

23. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales de la salud lo escucharon atentamente?

- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

24. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales de la salud le demostraron respeto por lo que dijo?

- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

25. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros profesionales de salud pasaron el tiempo suficiente con usted?

- Nunca
- A veces
- Normalmente
- Siempre

26. ¿Fuma usted actualmente?

- Sí
 - No
-

→ Si la respuesta es no, vaya al principio de la siguiente página

27. En los últimos 12 meses, ¿le recomendó un médico que dejara de fumar?

- Sí
- No
- No fui al médico en los últimos 12 meses



Draft

Atención médica recibida de especialistas

Cuando conteste las siguientes preguntas, **no** incluya las consultas o la atención dental que recibió cuando permaneció hospitalizado durante por lo menos una noche.

28. Los especialistas son médicos como los cirujanos, cardiólogos, alergólogos, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de atención médica. En los últimos 12 meses, ¿hizo alguna cita para ver a un especialista?

Sí

No → Si la respuesta es no, vaya a los recuadros a continuación “Fecha en que contestó”

29. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia obtuvo una cita para ver a un especialista tan pronto como la necesitaba?

Nunca

A veces

Normalmente

Siempre

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 tomarse el tiempo de completar esta encuesta.

Recuerde ponerla en el sobre provisto.