



46624

Formulario aprobado
OMB# 0935-0118
Fecha de vencimiento: 11/30/2022

2020

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: <input type="text"/>	RUID: <input type="text"/>	PID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAME: _____		
<hr/>		
DOB: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEX: <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 de 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 de Estados Unidos



46624

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 y 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, aspirar, jugar bolos o jugar golf

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

b. Subir **varios** pisos por escalera

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

"VR-12: "Cómo crear escalas VR-12 y resúmenes PCS/MCS © 2014 por Administradores de la Universidad de Boston. Se reservan todos los derechos.

(Las preguntas con respecto a VR-12 pueden dirigirse al Profesor Lewis E. Kazis, en su dirección de correo electrónico de la Universidad de Boston: lek@bu.edu)



46624

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 ni 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 el trabajo fuera de casa y la tareas del hogar)?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Demasiado



46624

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.

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



46624

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?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. preocupada o inquieta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. tan triste que nada la 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"/> |

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..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. En los **últimos 30 días**, ¿con qué frecuencia experimentó dificultad para dormirse o quedarse dormida?

- Nunca
- Una vez al mes
- Varias veces al mes
- Una vez a la semana
- Varias veces a la semana
- Casi todos los días



46624

Consumo de alcohol y drogas

13. Piense en su consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas) o un trago de licor de (1.5) onza.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contiene alcohol?

- Nunca → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 16**
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- De 2 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Diariamente

14. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol consume usted en un día normal cuando toma? Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas) o un trago de licor de (1.5) onza.

- 1 bebida
- 2 bebidas
- 3 bebidas
- 4 bebidas
- 5 a 6 bebidas
- 7 a 9 bebidas
- 10 o más bebidas

15. ¿Con qué frecuencia toma usted 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión? Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas) o un trago de licor de (1.5) onza.

- Nunca
- Menos que mensualmente
- Mensualmente
- Semanalmente
- De 2 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Diariamente



46624

16. 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

17. 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

18. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses ha consumido drogas aparte de alcohol?

--	--	--

Días

19. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses ha consumido drogas más de lo que pretendía?

--	--	--

Días



46624

Consejería y tratamiento

20. Las personas pueden ir a consejería, seguir un tratamiento o recibir medicamentos por muchas razones diferentes, como por ejemplo:

- Por sentirse deprimida, ansiosa o “estresada”
- Por problemas personales (como cuando un ser querido muere o cuando hay problemas en el trabajo)
- Por problemas familiares (como problemas en el matrimonio o cuando padres e hijos tienen problemas para llevarse bien)
- Por necesitar ayuda por un problema con el consumo de drogas o de alcohol
- Por una enfermedad mental o emocional

En los últimos 12 meses, ¿fue a consejería, siguió un tratamiento o recibió medicamentos por alguna de estas razones?

- Sí
 No → **Si contestó no, pase a la pregunta 25**

21. Usando **cualquier número del 0 al 10**, donde 0 es la peor consejería o tratamiento posible, y 10 es la mejor consejería o tratamiento posible, ¿qué número usaría para calificar toda la **consejería o tratamiento** en los últimos 12 meses?

- 0 La peor consejería o tratamiento posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor consejería o tratamiento posible

22. En los últimos 12 meses, ¿cuánto la ayudó la consejería o el tratamiento que recibió?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho



46624

23. ¿Cuánto de su consejería o tratamiento en los últimos 12 meses fue pagado por otra fuente además de usted o su familia?

- Todo
- La mayor parte
- Algo
- Nada

24. En los últimos 12 meses, ¿qué tan problemático fue (si es que lo fue), obtener la consejería o tratamiento que usted pensaba que necesitaba?

- Un gran problema
- Un problema menor
- Ningún problema



46624

Necesar consejería y tratamientos alternativos

25. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que sintió que **necesitaba** consejería o tratamiento para usted **pero no lo recibió**? Piense en la consejería o tratamiento para dificultades emocionales, problemas personales o familiares, consumo de drogas o alcohol o cualquier enfermedad mental o emocional.

- Sí
 No

26. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez recibió tratamiento, consejería o apoyo, incluida la terapia de grupo de auto ayuda por un problema emocional, de salud mental, un problema familiar o personal, o consumo de drogas de alguna de las siguientes fuentes?

	Sí	No
a. Un consejero espiritual o religioso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un servicio en una escuela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un grupo de apoyo entre pares o de auto ayuda en persona....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una página web o un foro o grupo de apoyo en Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Una línea telefónica de ayuda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una aplicación de teléfono inteligente "smartphone".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. ¿Le ha preocupado alguna vez la estabilidad financiera de su familia debido a su salud mental, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
 No



46624

Sus opciones acerca de su salud

28. 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

29. ¿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

30. 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

31. En los últimos 12 meses, ¿la ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?

- Sí
- No

32. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?

--	--	--

Peso (libras)

33. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?

--

Pies

--	--

Pulgadas



46624

34. 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

35. 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

36. 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 40**

37. 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

38. 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

39. 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



46624

40. 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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí → **Si contestó sí, pase a la página siguiente**

- No

44. ¿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” 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

45. ¿Cuantos 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



46624

**! 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.**

46. 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

47. Alguna vez, ¿la han vacunado contra la culebrilla (herpes zóster)? Hay dos vacunas disponibles contra la culebrilla: Zostavax® y Shingrix®. El virus de la varicela ocasiona la culebrilla. Zostavax® ha estado disponible desde el 2006 y Shingrix® desde el 2017.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

48. ¿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 50**
- No

49. Alguna vez, ¿le ha hablado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca del uso de la aspirina para prevenir un ataque cardíaco o derrame cerebral?

- Sí
- No



46624

50. 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 52

No

51. 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

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

Sí → Si contestó sí, pase a la pregunta 54

No

53. ¿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 opriime contra el seno.

Sí

No

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

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

No

55. ¿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

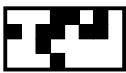
No. Por otra razón

56. ¿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



46624

- 57. ¿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, 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