

## 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 prueba 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>                      |      |                      |
| NOMBRE <input type="text"/> |   |       |   |      |   |      |                      |
| <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

## Su salud y opciones acerca de la salud

### COMIENCE AQUÍ:

1. ¿Es usted hombre o mujer?

☐ Hombre

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

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.

¿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 en absoluto

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 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

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 deprimido o ansioso)?

a. **Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de algún problema emocional**

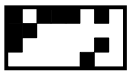
- ☐ No, nunca
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ Sí, parte del tiempo
- ☐ Sí, la mayoría del tiempo
- ☐ Sí, todo el tiempo

b. No trabajó 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 las tareas del hogar)?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Mucho
- ☐ Demasiado



49282

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 calmado y tranquilo?

- ☐ 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 desanimado 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<br>▼      | La mayoría del tiempo<br>▼ | Parte del tiempo<br>▼    | Un poco del tiempo<br>▼  | Nunca<br>▼               |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

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<br>▼ | Más de la mitad de días<br>▼ | Varios días<br>▼         | Nunca<br>▼               |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

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

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

### 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 5 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

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?

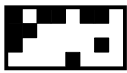
|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Días

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Días



49282

## 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 deprimido, ansioso o “estresado”
- 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

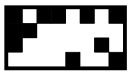
21. Usando **cualquier número del 0 al 10**, donde 0 es la peor consejería o tratamiento posible, y 10 es la mejor consejería o tratamiento posible, ¿qué número usaría para calificar toda la **consejería o tratamiento** en los últimos 12 meses?

- ☐ 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 lo ayudó la consejería o el tratamiento que recibió?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Mucho





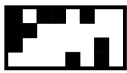
49282

**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



### Necesitar 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<br>▼                  | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

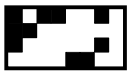
27. ¿Le ha preocupado alguna vez la estabilidad financiera de su familia debido a su enfermedad mental, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- ☐ Sí  
☐ No



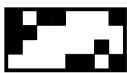
## Sus opciones acerca de su salud

28. ¿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 hospitalizado 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
29. 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
30. En los últimos 12 meses, ¿lo ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?
- ☐ Sí
- ☐ No
31. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?
- Peso (libras)**
32. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?
- Pies**       **Pulgadas**
33. 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 lo ha enviado a un programa para bajar de peso para ayudarle con su alimentación y ejercicio?
- ☐ Sí
- ☐ No
34. 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



49282

35. 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 39
36. 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
37. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome medicamentos para ayudarlo 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
38. 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 ayudarlo a dejar de fumar o consumir tabaco? Ejemplo de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal, o programas para ayudarlo a dejar de fumar.
- ☐ Sí  
☐ No
39. 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



49282

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

- ☐ Sí  
☐ No

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

- ☐ Sí  
☐ No



**Si tiene 50 años o más, continúe con las preguntas. Si tiene menos de 50 años, pase a la contraportada del folleto.**

**42.** Alguna vez, ¿lo 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

**43.** 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

44. ¿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 46

☐ No

45. 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

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

☐ Sí → Si contestó sí, pase a la pregunta 50

☐ No

47. ¿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 lo 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

48. ¿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



49282

49. ¿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

50. ¿Ha tenido cáncer de próstata?

☐ Sí → **Si contestó sí, vaya al recuadro "Fecha en que contestó" en la contraportada del folleto**

☐ No

51. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron la prueba del APE? La prueba del "A-P-E" es una prueba de sangre para detectar el cáncer de próstata. También se le llama la prueba antígeno prostático específico.

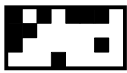
☐ Nunca me han hecho la prueba del APE

☐ Menor de 50 años

☐ Entre 51 y 64 años

☐ Entre 65 y 74 años

☐ 75 años o más



49282

► **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 se un familiar

## ¡GRACIAS POR CONTESTAR EL CUESTIONARIO!

- Por favor, ponga este cuestionario en el sobre que le entregaron y dáselo al entrevistador de MEPS.
- Si el entrevistador no está disponible, ponga la encuesta en el sobre de envío que le dio el entrevistador. Si no tiene el sobre, por favor, envíe la encuesta por correo a:

MEPS  
c/o Westat  
1600 Research Blvd, Room GA51  
Rockville, MD 20850

20-233S.M