



22069

Formulario aprobado  
OMB# 0935-0118  
Fecha de vencimiento 9/30/2026

2024

## Sus experiencias con el cáncer

¡Sus comentarios importan!



*Encuesta de Registro de Gastos Médicos*

Esta encuesta es acerca de las secuelas del cáncer y de los tratamientos para el cáncer en la vida de las personas a quienes se les ha diagnosticado cáncer. En la encuesta se le preguntará acerca de los efectos del cáncer, su tratamiento o las secuelas que ese tratamiento ha tenido en su trabajo, finanzas y en la vida en general. El objetivo de esta encuesta es ayudar a mejorar las experiencias de las personas que en el futuro serán diagnosticadas con cáncer.

### Instrucciones de la encuesta

- ◆ Por favor, tómese el tiempo de contestar estas preguntas acerca de sus experiencias con el cáncer.
- ◆ Su participación es voluntaria y sus respuestas serán confidenciales según lo requiere la ley. Si tiene preguntas acerca de cómo contestar este folleto, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).
- ◆ Conteste cada pregunta marcando su respuesta con una  o anotando un número cuando sea necesario. Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.
- ◆ Puede dejar de contestar las preguntas que desee o detener la encuesta en cualquier momento.

**Este folleto debe ser completado por →**

RUID:

PID:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOB:  /  /

MES                      DÍA                      AÑO

Esta encuesta está autorizada por el Título 42, artículo 299a del Código de Estados Unidos [42 U.S.C. 299a]. Protegen la privacidad la Ley de Privacidad y el artículo 308(d) de la Ley de Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. Protege la confidencialidad de sus respuestas a esta encuesta el artículo 944(c) de la Ley de Servicio de Salud Pública. 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 20 minutos por respuesta, el tiempo necesario para responder a la encuesta. Una agencia no puede realizar ni patrocinar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a dicha recolección a menos que esta tenga un número OMB vigente. Esta recolección de información es voluntaria. Los datos que proporcione ayudarán a la misión de la AHRQ de producir evidencia para hacer que el cuidado de salud sea más seguro, de mayor calidad, más accesible, al alcance de todos y más económico. 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 (OMB control number 0935-0118) AHRQ, 5600 Fishers Lane, Room # 07W42, Rockville, MD 20857 o por correo electrónico a [REPORTSCLEARANCEOFFICER@ahrq.hhs.gov](mailto:REPORTSCLEARANCEOFFICER@ahrq.hhs.gov).



La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos



22069

## Sección 1. Historial clínico de su cáncer

→ En esta primera sección se pregunta acerca del historial clínico de su cáncer.

1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que usted tenía cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?

Sí

No →

*Por favor, deténgase aquí y vaya a la última página anterior para contestar esta encuesta y luego siga las instrucciones para enviar la encuesta.*

2. ¿Fue su único diagnóstico o tratamiento para el cáncer antes de los 18 años de edad?

Sí →

No

*Por favor, deténgase aquí y vaya a la última página anterior para contestar esta encuesta y luego siga las instrucciones para enviar la encuesta.*

3. **Actualmente, ¿recibe tratamiento para el cáncer – es decir, piensa tener o se está recuperando de una cirugía para el cáncer, o está recibiendo quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal para su cáncer?**

Sí → **VAYA A la pregunta 7, en la página 3**

No

4. ¿Hace cuánto tiempo más o menos que recibió su último tratamiento para el cáncer?

Hace menos de 1 año

Hace entre 1 año y menos de 3 años

Hace entre 3 años y menos de 5 años

Hace entre 5 años y menos de 10 años

Hace entre 10 y 20 años

Hace más de 20 años

No he recibido tratamiento para el cáncer

5. ¿Le dijo alguna vez un médico u otro profesional de la salud que le había vuelto a aparecer su cáncer?

Sí

No → **VAYA A la Sección 2, en la página 3**

**VAYA A la pregunta 6, en la página 3**



22069

6. ¿Cuál fue el año más reciente en el que su médico u otro profesional de la salud le dijo que le había vuelto a aparecer su cáncer?

--	--	--	--

AÑO

→ VAYA A la Sección 2

7. ¿Es esta la primera vez que ha recibido tratamiento para el cáncer?

 Sí No

## Sección 2. Cambios en su horario de trabajo

8. En algún momento, desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora, ¿estuvo trabajando por un salario en un trabajo o negocio (incluyendo su propio negocio)?

 Sí No → VAYA A la pregunta 18, en la página 5

- Las siguientes preguntas son acerca de las distintas maneras en que el cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento hayan podido afectar su trabajo – es decir, su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo.
- Cuando conteste estas preguntas piense en **todo el tiempo** desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

9. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento, en cualquier momento desde su primer diagnóstico de cáncer:

Marque con una  sí o no para cada opción a continuación.

	Sí ↓	No ↓
a) ¿Alguna vez tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo (más de un día libre ocasional) (vacaciones, permiso por enfermedad o permiso por discapacidad) en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Alguna vez tomó tiempo libre prolongado sin pago en el trabajo (incluido la Ausencia Familiar y Médica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cambió alguna vez de trabajar tiempo completo a trabajar tiempo parcial o cambió a un trabajo más fácil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Alguna vez renunció a su trabajo (dejó su trabajo y planificó encontrar otro trabajo en algún momento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Cambió alguna vez de trabajar en un horario fijo, en el que comienza y termina a la misma hora todos los días, a un horario de trabajo flexible, en el que la hora de comenzar y terminar el trabajo cambia de día a día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22069

**10. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento, en cualquier momento desde su primer diagnóstico de cáncer:**

Marque con una  sí o no para cada opción a continuación.

	Sí ▼	No ▼
a) ¿Decidió usted alguna vez no intentar obtener un ascenso o una promoción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Se jubiló usted antes de lo que había planificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Retrasó su jubilación más allá de lo que había planificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. ¿Su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento limitaron o limitan el tipo o la cantidad de trabajo con pago que podría realizar?**

- Sí  
 No

**12. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento, ¿alguno de sus empleadores hizo algo para ayudarle a continuar trabajando?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Conseguir a alguien que le ayude con sus tareas laborales  
 Acortarle su jornada laboral  
 Permitirle cambiar la hora de entrada y salida del trabajo  
 Permitirle más descansos y períodos de descanso  
 Cambiar el trabajo a algo que pueda hacer  
 Ayudarle a aprender nuevas habilidades o conseguirle equipo especial o una computadora para el trabajo  
 Ayudarle a recibir servicios de rehabilitación de un proveedor externo  
 Permitirle trabajar desde casa  
 Alguna otra cosa que le pueda ayudar  
 No necesitaba ayuda de mi empleador  
 Mis empleadores no me ofrecieron ninguna ayuda  
 No aplica

**13. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento, ¿le pidió a alguno de sus empleadores ayuda para hacer su trabajo, pero NO la recibió?**

- Sí  
 No, porque no necesitaba ayuda de mi empleador  
 No, porque recibí toda la ayuda que necesitaba  
 No, pero me hubiera gustado recibir ayuda (o más ayuda) de mi empleador  
 No aplica



22069

**14. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento en cualquier momento desde su primer diagnóstico de cáncer, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Se le redujeron las horas de trabajo o el pago sin haberlo solicitado
- Fue despedido(a) o dado(a) de baja de un trabajo
- No se le tuvo en cuenta para un ascenso o promoción
- Se le asignaron tareas laborales o un lugar de trabajo que no deseaba
- No aplica / Ninguna de las situaciones anteriores

**15. ¿Sintió alguna vez que, debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento usted era menos productivo(a) en el trabajo?**

- Sí
- No

**16. ¿Le preocupó alguna vez que debido a los efectos del cáncer en su salud usted podría verse forzado(a) a dejar de trabajar o a jubilarse antes de cuando pensaba jubilarse?**

- Sí
- No

**17. ¿Alguna vez permaneció usted en un trabajo en parte porque le preocupaba perder su seguro médico?**

- Sí
- No

**18. Desde su diagnóstico de cáncer, ¿permaneció alguna vez su esposo, esposa o pareja en un trabajo en parte porque a él/ella le preocupaba perder el seguro médico para la familia?**

- Sí
- No
- Sin cónyuge / pareja



22069

### Sección 3. Los efectos del cáncer y su tratamiento en las finanzas

- Las siguientes preguntas son acerca de distintas cargas económicas que usted o su familia hayan tenido debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas de ese tratamiento.
- Por favor, continúe pensando en todo el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**19. ¿Ha tenido usted que pagar por su cuenta alguna de las siguientes categorías debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Gastos médicos (es decir, medicamentos, equipo médico o suministros)
- Transporte
- Alojamiento
- Cuidado de niños
- Cuidado en el hogar o ayuda temporal
- No tuve que pagar nada por mi cuenta
- No estoy seguro(a)

**20. ¿Ha tenido usted o alguien de su familia que pedir dinero prestado o endeudarse debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 22, en la página 7**

**21. ¿Cuánto tuvo que pedir prestado usted o su familia o cuánta deuda contrajeron debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 o más



22069

**22. ¿Han tenido usted o su familia que hacer otros tipos de sacrificios financieros debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Disminuyó sus gastos en vacaciones o actividades de esparcimiento
- Retrasó hacer compras grandes (por ejemplo, un carro)
- Disminuyó sus gastos básicos (por ejemplo, en comida y ropa)
- Usó sus ahorros que tenía para otras cosas (por ejemplo, jubilación, fondos educativos, apoyo familiar)
- Cambió su situación de vivienda (por ejemplo, vendió su casa, la refinanció o se mudó a una residencia más pequeña)
- Otro
- No

**23. Piense en las consultas médicas para el cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento. ¿No ha podido alguna vez cubrir su parte del costo de esas consultas?**

- Sí
- No

**24. ¿Le ha preocupado alguna vez tener que pagar grandes cuentas médicas relacionadas con su cáncer?**

- Sí
- No

**25. ¿Le ha preocupado alguna vez la estabilidad financiera de su familia debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

- Sí
- No

**26. ¿Le ha preocupado alguna vez poder mantener su trabajo e ingresos, o que en el futuro sus ingresos sean limitados debido a su cáncer?**

- Sí
- No

**27. ¿Alguna vez, retrasó, dejó de comprar o tuvo que hacer otros cambios a algunos de los siguientes cuidados para el cáncer debido al costo?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Medicamentos recetados
- Consultas al especialista
- Tratamientos (aparte de los medicamentos recetados)
- Cuidado de seguimiento
- Servicios de salud mental
- Otro
- No



22069

## Sección 4. Cuidado médico del cáncer

- Las siguientes preguntas son acerca de ciertas experiencias que usted posiblemente haya tenido al recibir atención médica para el cáncer desde la primera vez que se lo diagnosticaron hasta ahora.
- Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**28. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿habló alguna vez con usted algún médico u otro profesional de cuidados de salud, incluyendo su profesional de cuidados de salud actual, acerca de...**

**a. sus necesidades emocionales o sociales relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**b. su participación en ensayos clínicos para tratar el cáncer?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**c. los costos de cuidados para el cáncer que pagó por su cuenta?**

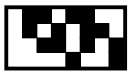
- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**d. del impacto del cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento en su capacidad para trabajar?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**e. la necesidad de cuidado de seguimiento regular incluso después de que completó su tratamiento?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo



22069

f. **las secuelas tardías o a largo plazo del tratamiento para el cáncer que usted podría tener con el tiempo?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

g. **recomendaciones acerca del estilo de vida o la salud, como, por ejemplo, dieta, ejercicio, dejar de fumar?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

h. **un resumen de todos los tratamientos para el cáncer que ha recibido?**

- Habló **detalladamente** conmigo
- Habló **brevemente** conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

29. **Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas de salud que duró más de 3 meses?**

Marque con una  sí o no para cada opción a continuación.

	Sí ↓	No ↓
a) Deterioro cognitivo (por ejemplo, tener dificultad para recordar cosas o "pos-quimio cerebro")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Neuropatía (tener sensaciones de adormecimiento u hormigueo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cansancio (siempre con cansancio o sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemas con la boca o los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Otras enfermedades no enumeradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. **¿Hace aproximadamente cuánto tiempo fue su diagnóstico de cáncer más reciente?**

- Menos de 2 años → **VAYA A la Sección 5, en la página 11**
- Entre 2 años y menos de 5 años
- Entre 5 años y menos de 10 años
- Entre 10 años y menos de 20 años
- 20 años o más

**VAYA A la pregunta 31, en la página 10**



22069

31. En los últimos 2 años, ¿vio a algún profesional de cuidados de salud específicamente para recibir atención de seguimiento relacionada con el cáncer? Podría ser un especialista en cáncer o algún otro profesional de cuidados de salud.

Sí

No → VAYA A la pregunta 36, en la página 11

32. En los últimos 2 años, ¿cuáles fueron las razones por las que vio a algún profesional de cuidados de salud para recibir atención de seguimiento relacionada con el cáncer?

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

Para detectar una recurrencia o metástasis del cáncer original

Recibir tratamiento adicional para el cáncer si se necesita

Para determinar si ha presentado algún problema de salud como resultado de su cáncer o tratamiento

Recibir tratamiento para cualquier síntoma o efecto duradero del tratamiento

Para recibir un examen físico de rutina

Recibir cualquier prueba de detección de otros cánceres (incluidas pruebas como mamografía o prueba de papanicolaou para mujeres, colonoscopia, sigmoidoscopia, análisis de sangre en heces o PSA o examen rectal digital para hombres)

Para obtener una remisión a otro(s) especialista(s)

Otro

33. En los últimos 2 años, ¿con qué frecuencia los profesionales de cuidados de salud que usted vio para recibir atención de seguimiento relacionada con el cáncer...

Nunca A veces Normalmente Siempre

	Nunca	A veces	Normalmente	Siempre
a) le escucharon con atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) le explicaron las cosas de una manera que pueda entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pasaron suficiente tiempo con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. ¿Cuáles fueron las especialidades de los profesionales de cuidados de salud que vio para la atención de seguimiento relacionada con el cáncer en los últimos 2 años?

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

Atención primaria (como medicina interna, medicina familiar o medicina general)

Oncología médica o hematología

Oncología radioterápica

Cirugía

Obstetricia / Ginecología (Ob-Gin)

Cuidado dental o bucal

Otras especialidades médicas o quirúrgicas

No estoy seguro(a)



22069

35. En los últimos 2 años, ¿ha consultado a un profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental) para recibir atención de seguimiento relacionada con el cáncer?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

↓  
**VAYA A la Sección 5**

36. ¿Cuáles son las razones principales por las que NO consultó a un profesional de cuidados de salud para recibir atención de seguimiento relacionada con el cáncer en los últimos 2 años?

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Sentí que no necesitaba atención de seguimiento
- Mi profesional de la salud me dijo que no necesitaba atención de seguimiento
- Cuesta demasiado
- El seguro no lo cubría
- Problemas para encontrar un profesional de la salud, programar una cita o llegar a una cita
- Me puso ansioso(a) o preocupado(a)
- Llegar al médico fue demasiado difícil
- No lo sabía
- Otra razón no mencionada anteriormente

## Sección 5. Los efectos del cáncer y su tratamiento en la vida en general

- ➔ Las últimas preguntas en la encuesta son acerca de cómo su cáncer, el tratamiento y las secuelas de ese tratamiento han influido en ciertos aspectos de su vida.
- ➔ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

37. Su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento, ¿limitaron alguna vez el tipo o la cantidad de actividades que usted hace fuera del trabajo, tales como ir de compras, cuidar a los niños, hacer ejercicio, estudiar, hacer quehaceres domésticos, etc.?

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 40**

38. ¿Por cuánto tiempo estuvo o ha estado limitado en el tipo o la cantidad de actividades diarias?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y menos de 1 año
- Entre 1 año y menos de 3 años
- Entre 3 años y menos de 5 años
- Entre 5 años y menos de 10 años
- Más de 10 años



22069

39. ¿Continúa teniendo esta limitación?

- Sí  
 No

40. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer *tareas mentales* como parte de sus actividades habituales de todos los días?

- Sí  
 No

41. ¿Tuvo problemas alguna vez para entender las cuentas médicas o del seguro médico relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?

- Sí  
 No

42. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cáncer le vuelva a aparecer o se empeore?

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia  
 Todo el tiempo

43. ¿Considera que alguno de los siguientes aspectos ha sido algo positivo respecto a sus experiencias con el cáncer, el tratamiento o las secuelas de ese tratamiento?

Marque con una  sí o no para cada opción a continuación.

	Sí	No
a) Me ha hecho una persona más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Puedo afrontar mejor los retos de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se convirtió en una razón para hacer cambios positivos en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Me ha hecho tener hábitos más saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. En general, ¿cómo calificaría su salud física?

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala



22069

**45. ¿En qué medida puede llevar a cabo actividades físicas cotidianas como caminar, subir escaleras, cargar comestibles o mover una silla?**

- Completamente
- Mayormente
- Moderadamente
- Un poco
- Nada

**46. En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría su dolor en promedio?**

- 0 – No tengo dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – El peor dolor imaginable

**47. En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría su cansancio en promedio?**

- Ninguno
- Poco
- Moderado
- Intenso
- Muy intenso

**48. En general, diría que su calidad de vida es:**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala



22069

49. En general, ¿cómo calificaría a su salud mental, incluyendo su estado de ánimo y su habilidad para pensar?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

50. En general, ¿cómo calificaría a su satisfacción con actividades sociales y relaciones?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

51. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia le han molestado problemas emocionales como sentirse ansioso(a), deprimido(a) o irritable?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Siempre

52. En los últimos 30 días, ¿alguna vez redujo el tamaño de sus comidas o se saltó comidas porque no había suficiente dinero para comprar comida?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

53. Indique si las siguientes afirmaciones fueron verdaderas con frecuencia, a veces o nunca durante los últimos 30 días:

	Fue verdadero con frecuencia	Fue verdadero a veces	Nunca fue verdadero
a) La comida que compramos no rindió lo suficiente, y no teníamos dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) No teníamos recursos suficientes para comer comida variada y nutritiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22069

54. ¿Qué tanto le preocupa en este momento no tener suficiente dinero para la jubilación?

- Me preocupa mucho  
 Me preocupa moderadamente  
 Me preocupa un poco  
 No me preocupa para nada

55. ¿Qué tanto le preocupa en este momento no tener suficiente dinero para pagar sus facturas mensuales normales?

- Me preocupa mucho  
 Me preocupa moderadamente  
 Me preocupa un poco  
 No me preocupa para nada

56. ¿Qué tanto le preocupa en este momento no poder pagar el alquiler, la hipoteca u otros costos de vivienda?

- Me preocupa mucho  
 Me preocupa moderadamente  
 Me preocupa un poco  
 No me preocupa para nada

57. Conteste cada pregunta marcando un recuadro por fila.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Normalmente	Siempre
a) ¿Tiene alguna persona que le ayude si está confinado(a) en cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Tiene alguna persona que le lleve al médico si lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Tiene alguna persona que le ayude con sus tareas si está enfermo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Tiene a alguna persona que le haga los mandados si lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22069

Fecha en que contestó:

		/			/				
MES			DÍA			AÑO			

¿Quién contestó 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 familiar

## ¡GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO PARA CONTESTAR ESTA ENCUESTA!

- ➔ Por favor, entregue su encuesta completa a su entrevistador de MEPS o ponga en el sobre de envío que le entregó y envíelo por correo.
- ➔ Si no tiene el sobre, por favor envíe la encuesta por correo a:

MEPS  
c/o Westat  
1600 Research Blvd, RC B16  
Rockville, MD 20850

M 24-229SR