





18216

**SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



18216

## EQ-5D-5L Cuestionario de Salud

Debajo de cada encabezamiento, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

### 1. MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

### 2. CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas para lavarme o vestirme solo/a
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme solo/a
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme solo/a
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme solo/a
- No puedo lavarme o vestirme solo/a

### 3. ACTIVIDADES DE TODOS LOS DÍAS *(Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades de ocio)*

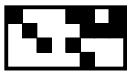
- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades de todos los días
- No puedo realizar mis actividades de todos los días

### 4. DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar intenso
- Tengo dolor o malestar extremo

### 5. ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a
- Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a



18216

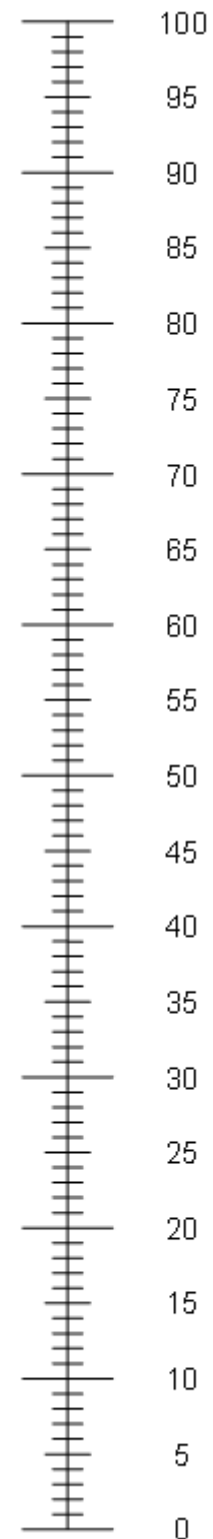
## EQ-5D-5L Cuestionario de Salud

6.

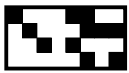
- Nos gustaría saber lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada de 0 a 100.
- 100 representa la **mejor** salud que se pueda imaginar. 0 representa la **peor** salud que se pueda imaginar.
- Por favor haga una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, por favor escriba en la casilla que encontrará a continuación el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que se pueda imaginar



La peor salud que se pueda imaginar



## Tiempo y pagos para el cuidado de la salud

Para cada pregunta de esta página, por favor, informe el total de horas por semana, por mes o durante el año pasado.

7. Por favor piense en el tiempo que ha dedicado usted visitando a médicos, enfermeras, terapistas u otros proveedores del cuidado de la salud acerca de **su propia salud**, o yendo a la farmacia por sus propios medicamentos.

Durante el año pasado, en promedio, ¿como cuánto tiempo le dedicó a estas actividades, incluyendo el tiempo que le tomó en transportarse?

U

U

horas por semana

horas por mes

horas año pasado

8. Por favor, piense en el tiempo que ha dedicado usted a llevar **a otras personas** a visitar médicos, enfermeras, terapistas u otros proveedores del cuidado de la salud, o yendo a la farmacia por los medicamentos de otras personas.

Durante el año pasado, en promedio, ¿como cuánto tiempo le dedicó a estas actividades, incluyendo el tiempo que le tomó en transportarse?

U

U

horas por semana

horas por mes

horas año pasado

9. Durante el año pasado, en promedio, ¿como cuánto tiempo le dedicó al pago o al manejo de sus cuentas médicas, incluyendo el tener que lidiar con reclamos del seguro? Si usted ayudó a otra persona con el manejo de sus cuentas o reclamos, por favor también incluya el tiempo que pasó.

U

U

horas por semana

horas por mes

horas año pasado

10. Durante el año pasado, en promedio, ¿como cuánto tiempo le dedicó a completar formularios, buscar un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que lo atendiera, buscar o comprender información del plan de salud y obtener aprobación para cualquier cuidado, pruebas o tratamiento? Si ayudó a otra persona con estas tareas, incluya ese tiempo.

U

U

horas por semana

horas por mes

horas año pasado



18216

11. En el último año, ¿su seguro médico rechazó o demoró la aprobación previa de un tratamiento, servicio, visita o medicamento **antes de que usted** lo recibiera?

- Sí
- No
- Nunca tuvo seguro médico durante el año pasado
- No corresponde/no ha usado los servicios

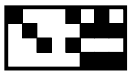
12. Suponga que tiene una factura médica inesperada y que el monto **no** cubierto por el seguro llega a \$500, ¿cómo pagaría la factura?

- La pagaría de inmediato con efectivo, cheque o tarjeta de débito
- La pagaría de inmediato con su cuenta de ahorros para la salud o cuenta de ahorros flexible
- La pagaría con su tarjeta de crédito y después pagaría el monto total cuando reciba el siguiente estado de cuenta de la tarjeta
- La pagaría con su tarjeta de crédito y después pagaría el monto total poco a poco
- Pediría un préstamo de un banco, un prestamista de día de pago, o amigos o familiares para pagar la factura
- Haría un plan de pago con el proveedor
- No podría pagar la factura en absoluto
- Otra opción

13. En el último año, ¿han tenido usted o su familia que hacer algún sacrificio financiero debido a su salud física o mental o su 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
- Ningún sacrificio



18216

## Efectos en el trabajo

14. En algún momento del **último año**, ¿estuvo usted trabajando por un salario en un trabajo o negocio (incluyendo su propio negocio)?

Sí

No → Si contestó No, vaya a la pregunta 22, en la página 9

15. En el **último año**, debido a su salud física o mental o su tratamiento, ¿alguno de sus empleadores hizo algo para ayudarle a continuar trabajando?

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

No necesité ayuda de mis empleadores

Conseguir a alguien que me ayude con mis tareas laborales

Acortarme mi jornada laboral

Permitirme cambiar la hora de entrada y salida del trabajo

Permitirme más descansos y períodos de descanso

Cambiar el trabajo a algo que yo pueda hacer

Ayudarme a aprender nuevas habilidades o conseguirme equipo especial o una computadora para el trabajo

Ayudarme a recibir servicios de rehabilitación de un proveedor externo

Permitirme trabajar desde casa

Alguna otra cosa para ayudarme

Mis empleadores no me ofrecieron ninguna ayuda

Tengo mi propio negocio

16. En el último año, debido a su salud física o mental o su tratamiento, ¿le pidió a alguno de sus empleadores ayuda para hacer su trabajo, pero **no** la recibió?

Sí

No, porque no necesité 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

Tengo mi propio negocio



18216

17. En el **último año**, ¿permaneció usted en un trabajo en parte porque le preocupaba perder el seguro médico para usted o su familia?

Sí

No

18. En el último año, debido a su salud física o mental o su tratamiento, ¿ha habido días en que necesitaba tomar tiempo libre del trabajo, pero **no lo hizo**?

Sí

No → **Si contestó No, vaya a la pregunta 20, en la página 9**

19. ¿Por qué decidió **no** tomar tiempo libre del trabajo?

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

Demasiado trabajo

Quería ahorrarse el permiso

El permiso le fue denegado

No tenía ni permiso remunerado ni no remunerado

No tenía suficiente permiso

Miedo a perder el empleo u otra consecuencia negativa en el trabajo

No podía permitirse la pérdida de ingresos

Otra razón



20. Ahora piense en los últimos **7 días**, ¿estuvo trabajando por un salario en un trabajo o negocio (incluyendo su propio negocio)?

Sí

No → Si contestó No, vaya a la pregunta 22

21. En los últimos 7 días, piense en los días en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días que hizo menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo hacer su trabajo con la dedicación habitual.

Durante los últimos **7 días**, ¿cuánto afectaron sus problemas de la salud o salud mental a su productividad **mientras estaba trabajando**?

*Si sus problemas de la salud o salud mental afectaron poco a su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si sus problemas de la salud o salud mental afectaron mucho su trabajo.*

Los problemas de la salud no afectaron mi trabajo

Los problemas de la salud me impidieron completamente trabajar

MARQUE  UN NÚMERO

22. En los últimos 7 días, piense en las veces en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de actividad diaria habitual que pudo realizar (p. ej., tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, deportes o estudios, etc.) y en las veces en las que hizo menos de lo que hubiera querido.

Durante los últimos **7 días**, ¿cuánto afectaron los problemas de la salud o salud mental a su capacidad para realizar **las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo**?

*Si los problemas de la salud o salud mental afectaron poco a sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los problemas de la salud o salud mental afectaron mucho a sus actividades.*

Los problemas de la salud no afectaron a mis actividades diarias

Los problemas de la salud me impidieron completamente hacer mis actividades diarias

MARQUE  UN NÚMERO



18216

## Cuidado informal

23. Durante los últimos **30 días**, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o familiar con problemas de salud o una discapacidad?

Sí

No → Si contestó No, vaya a la fecha en que se contestó en la contraportada

24. ¿Qué relación tiene con usted esa persona a la que cuida? (Si cuida a más de una persona, refiérase a la persona a quien le ofrece más cuidado.) La persona es mi...

Madre

Padre

Hijo o hija

Esposo

Esposa

Pareja con la que vive

Otro familiar

No es pariente/Es amigo de la familia

25. ¿Vive usted con esta persona?

Sí

No

26. ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esta persona?

Menos de 30 días

Entre 1 mes a menos de 6 meses

Entre 6 meses a menos de 1 año

Entre 1 año a menos de 2 años

Entre 2 años a menos de 5 años

5 años o más



18216

27. En los últimos **30 días**, ¿le proporcionó a esta persona atención al manejar su cuidado personal como darle los medicamentos, alimentarla, vestirla o bañarla?

Sí

No

28. En los últimos **30 días**, ¿le proporcionó a esta persona atención al desempeñar tareas del hogar como limpiar, administrar dinero o preparar comidas?

Sí

No

29. En los últimos **30 días**, ¿se quedó con esta persona para proporcionarle ayuda cuando la necesitaba porque no se la puede dejar sola?

Sí

No

30. En los últimos **30 días**, ¿ayudar a esta persona alguna vez le impidió trabajar por pago (incluyendo el trabajo en su propio negocio)?

Sí

No

31. En una **semana promedio**, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda?

Hasta 8 horas por semana

Entre 9 y 19 horas por semana

Entre 20 y 39 horas por semana

40 horas o más

*Preguntas 23, 24, 26, 27, 28, 31. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Cuestionario de la Encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento. Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, [2022]*

*Pregunta 30. Freedman, Vicki A., Skehan, Maureen E., Hu, Mengyao, Wolff, Jennifer, Kasper, Judith D. 2019. Manual de Instrucciones del Estudio Nacional de Proveedores de Cuidado I-III. Baltimore: Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. Disponible en [www.nhats.org](http://www.nhats.org)*



18216

► **Fecha en que se 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 un 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

► MEPS le enviará una tarjeta de débito de 20 dólares después que recibamos su encuesta contestada.

M

25-237S