



3827

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

2024

Su Salud y Opiniones de Salud

¡Su opinión importa!

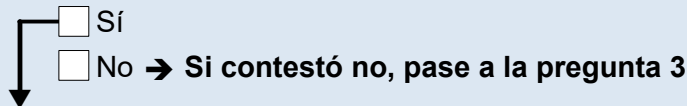


Encuesta de Registro de Gastos Médicos

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, así como lo que la gente opina de su salud y atención médica en general.

Instrucciones de la encuesta

- ◆ Por favor, contesta cada pregunta marcando un "☑." Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, por favor, denos la mejor respuesta que pueda.
- ◆ A veces se le pide que deje de contestar algunas preguntas de este encuesta. Cuando esto suceda, verá flechas que le indican qué preguntas contestar a continuación, como esta:



Próxima pregunta

- ◆ Su participación es voluntaria y sus respuestas serán confidenciales según lo requiere la ley. Si tiene preguntas acerca de este folleto, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).

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 7 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.



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

Su salud y opciones acerca de la salud

COMIENZE AQUÍ:

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. ¿Le limita su salud en este momento para hacer estas actividades? De ser así, ¿cuánto le 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** tramos de escaleras?

- 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(a) 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(a) o ansioso(a)):
- 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
5. 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



3827

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(a) y tranquilo(a)?

- 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(a) 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 siente en los diferentes aspectos de su vida. Para cada una, marque con qué frecuencia se siente de esa manera.

a. Primero, ¿con qué frecuencia siente que le falta compañía?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

b. ¿Con qué frecuencia se siente excluido(a)?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

c. ¿Con qué frecuencia se siente aislado(a) de los demás?

- Nunca
 Casi nunca
 Algunas veces
 Frecuentemente

9. 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(a)?.....	<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(a) o inquieto(a)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan triste que nada le 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"/>



10. 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 los 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(a) o sin esperanzas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

12. En los **últimos 30 días**, además de las actividades que realizó para el trabajo, en promedio, ¿cuántos días a la semana realizó ejercicio moderado (como caminar rápido, correr, trotar, bailar, nadar, andar en bicicleta u otras actividades similares)?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

13. En promedio, ¿cuántos minutos se ejercitó a este nivel en uno de esos días?

- 0
- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60 o más

Consumo de alcohol

14. Piense en su consumo de alcohol en los últimos 12 meses. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contiene alcohol?

- Nunca → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 18, en la página 8**
- 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

Si tiene preguntas acerca de esta página:



Una bebida significa una cerveza, una copa pequeña de vino (5 onzas), o una bebida combinada que contiene un trago (1.5 onzas) de licor.

15. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol consume usted en un día normal cuando toma?

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

16. ¿Con qué frecuencia toma usted **4 o más** bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- Nunca
- 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

17. ¿Con qué frecuencia toma usted **5 o más** bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- Nunca
- 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

18. 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

19. 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

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(a), ansioso(a) o “estresado(a)”
- 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

21. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que sintió que **necesitaba** consejería o tratamiento para usted, pero **no lo recibió**?

- Sí
 No

22. 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
 No buscó consejería en los últimos 12 meses

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

- Sí
 No



31. 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 35**

32. 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

33. 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

34. 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

35. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de su estado de ánimo, como, por ejemplo, si ha sentido ansiedad o depresión? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

Sí

No

36. **En los últimos 24 meses**, ¿le ha chequeado su presión arterial un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?

Sí

No

37. **En los últimos 5 años**, ¿le ha chequeado su colesterol un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?

Sí

No



**Si es mujer, continúe con las preguntas en esta página.
Si es hombre, pase a la página siguiente.**

Si es mujer:

38. 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

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

- Sí → **Si contestó sí, pase a la página siguiente**
 No

40. **En los últimos 5 años**, ¿le han hecho una citología o prueba de Papanicolaou o una prueba del virus del papiloma humano (HPV)? 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

41. ¿Cuántos 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



**Si tiene 40 años o más, continúe con las preguntas en esta página.
Si tiene menos de 40 años, pase a la pregunta 56 en la página 15.**

Si tiene 40 años o más:

42. Alguna vez, ¿le 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, ¿le 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 en la página 13**

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



Si tiene 40 años o más:

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

Sí → Si contestó sí, pase a la página siguiente

No

47. **En los últimos 10 años**, ¿le han hecho una colonoscopia? 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. **En los últimos 5 años**, ¿le han hecho una sigmoidoscopia? 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

49. **En los últimos 12 meses**, ¿ha hecho una prueba de sangre en las heces en casa? 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



**Si tiene 40 años o más y es *mujer*, conteste el lado izquierdo de esta página.
Si tiene 40 años o más y es *hombre*, conteste el lado derecho de esta página.**

Si es mujer y tiene 40 años o más

50. Alguna vez, ¿le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud 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**

No **página siguiente**

53. En los últimos 2 años, ¿le han hecho una mamografía? Una mamografía es una radiografía que se toma solamente del seno con una máquina que se oprime contra el seno.

Sí

No

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE.

Si es hombre y tiene 40 años o más

54. ¿Ha tenido cáncer de próstata?

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

No

55. ¿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

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE.

Acerca de usted

56. ¿Cuántos años tiene usted?

- Menos de 18 años
 Entre 18 y 39 años
 Entre 40 y 49 años
 50 años o más

57. ¿Cuál es su género actual?

- Mujer
 Hombre
 No binario
 Utilizo una palabra diferente (especifique)

58. ¿Qué sexo le asignaron al nacer, como, por ejemplo, en su certificado de nacimiento original?

- Mujer
 Hombre

59. ¿Cuál de las siguientes opciones es la que mejor representa lo que piensa de sí mismo(a)?

- Gay, lesbiana
 Heterosexual, o sea no gay o lesbiana
 Bisexual
 Utilizo una palabra diferente (especifique)
 No sé

► 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 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