



# Su Salud y Opiniones de Salud

## ¡Su opinión importa!

ERGM  
Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Comprender cómo se sienten las personas acerca de su salud y los servicios de salud es una importante meta de la ERGM. Por favor tómese unos minutos para responder las preguntas de este folleto.

### Instrucciones de la Encuesta

- ◆ Por favor responda cada pregunta marcando un encasillado “”. Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.
- ◆ Algunas veces a usted se le pide que vaya a una pregunta específica en esta encuesta. Cuando ésto ocurre usted verá una flecha que le indica qué pregunta contestar a continuación, tal como ésto:

1  Sí  
2  No → **Vaya a la Pregunta 3**

**Siguiente pregunta**

**Este Folleto Debe Ser Completado Por →**

RUID: \_\_\_\_\_ PID: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Version: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Panel/  
Round: \_\_\_\_\_

Su participación es voluntaria y todas sus respuestas serán mantenidas en forma confidencial. Si desea hacer alguna pregunta acerca de este folleto, por favor llame a Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377).

Cuando haya completado el folleto, por favor séllelo con esta etiqueta → y póngalo en el sobre provisto. Téngalo listo para dárselo a su entrevistador(a) en la próxima visita de (él/ella).



LA AGENCIA PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y  
LOS CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE ESTADOS UNIDOS

# EMPIECE AQUÍ

## Sus Servicios de Salud en los Últimos 12 Meses

**1.** En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, herida, o condición que necesitó atención inmediata en una clínica, en una sala de urgencias o de emergencia, o en un consultorio médico?

- 1  Sí  
2  No → **Vaya a la Pregunta 3**

**2.** En los últimos 12 meses, cuando usted necesitó atención inmediata para una enfermedad, herida, o condición, ¿qué tan seguido recibió usted atención tan pronto como quería?

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  Normalmente  
4  Siempre

**3.** Un profesional de salud puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, una enfermera, o cualquier otra persona que usted visitaría para su atención médica.

En los últimos 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó atención médica inmediata, ¿hizo alguna cita con un doctor o con otro profesional de salud para recibir servicios de salud?

- 1  Sí  
2  No → **Vaya a la Pregunta 5**

**4.** En los últimos 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó atención médica inmediata, ¿qué tan seguido consiguió usted una cita para atención médica tan pronto como quería?

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  Normalmente  
4  Siempre

**5.** En los últimos 12 meses, (sin contar las veces que usted fue a una sala de urgencias o de emergencia), ¿cuántas veces fue usted a un consultorio médico o a una clínica para recibir atención médica para usted mismo(a)?

0  Ninguna → **Vaya a la Pregunta 13**

- 1  1  
2  2  
3  3  
4  4  
5  5 a 9 veces  
6  10 veces o más

**6.** En los últimos 12 meses, ¿creía usted o un médico que usted necesitaba alguna atención médica, pruebas, o tratamiento?

- 1  Sí  
2  No → **Vaya a la Pregunta 8**

**7.** En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo para conseguir la atención médica, las pruebas, o el tratamiento que usted o su médico creía que era necesario?

- 1  Mucho problema  
2  Poco problema  
3  Ningún problema

**8.** En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido lo/la escucharon con atención a usted los doctores o los otros profesionales de salud?

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  Normalmente  
4  Siempre

**9.** En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido le explicaron las cosas los doctores o los otros profesionales de salud de forma que usted pudiera entender?

- 1  Nunca  
2  A veces  
3  Normalmente  
4  Siempre

**Por favor, vaya a la página 3 →**

**10.** En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido mostraron los doctores o los otros profesionales de salud respeto por lo que usted tenía que decir?

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  Normalmente
- 4  Siempre

**11.** En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido pasaron suficiente tiempo con usted los doctores o los otros profesionales de salud?

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  Normalmente
- 4  Siempre

**12.** Usando cualquier número del 0 al 10 donde 0 es la peor atención médica posible, y 10 es la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar a toda su atención médica?

- 0 Peor atención médica posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor atención médica posible

**13.** ¿Fuma usted actualmente?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 15

**14.** En los últimos 12 meses, ¿le aconsejó un médico que dejara de fumar?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No vi a un médico en los últimos 12 meses

**15.** En los últimos 2 años, ¿le ha examinado la presión sanguínea un médico, enfermera, u otro proveedor de servicios de salud?

- 1  Sí
- 2  No

### Obtener Atención Médica de un Especialista

Cuando conteste las siguientes preguntas, no incluya visitas al dentista.

**16.** Los especialistas son doctores como los cirujanos, los doctores del corazón, los doctores para las alergias, los dermatólogos (doctores de la piel), y otros doctores que se especializan en un área de atención médica.

En los últimos 12 meses, ¿pensó usted o un doctor que usted necesitaba ver a un especialista?

- 1  Sí
- 2  No → Vaya a la Pregunta 18

**17.** En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo para ver a un especialista que usted necesitaba ver?

- 1  Mucho problema
- 2  Poco problema
- 3  Ningún problema

Por favor, vaya a la página 4 →

## Salud General

**18.** En general, ¿diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Pasable
- 5  Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

**19.** Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf, o trabajar en el jardín

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

**20.** Subir varios pisos por la escalera

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

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

**21.** Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

**22.** Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

**23.** Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

**24.** Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

Por favor, vaya a la página 5 →

**25.** Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- 1  Nada en absoluto
- 2  Un poco
- 3  Medianamente
- 4  Bastante
- 5  Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

**26.** Se ha sentido tranquilo y sosegado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

**27.** Ha tenido mucha energía?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

**28.** Se ha sentido desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

**29.** Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor marque el encasillado que mejor describe qué tan seguido se ha sentido así.

| Durante los últimos 30 días, más o menos, ¿con qué frecuencia se sintió... | Todo el tiempo             | Casi todo el tiempo        | Parte del tiempo           | Muy pocas veces            | Nunca                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>30. ...nervioso(a)?</b>   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>31. ...desesperado(a)?</b>  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>32. ...intranquilo(a) o inquieto(a)?</b>                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>33. ...tan triste que nada le alegraba?</b>                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>34. ...que todo era un gran esfuerzo?</b>                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| <b>35. ...sin mérito alguno?</b>   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Las siguientes dos preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas.

| Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? | Casi todos los días        | Más de la mitad de los días | Varios días                | Nunca                      |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>36. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.</b>                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <b>37. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza.</b>                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**Por favor, vaya a la página 7 →**

## Opiniones Acerca de Salud

Para las preguntas 38 a 41, por favor marque uno de los encasillados para indicar qué tan absolutamente de acuerdo o en desacuerdo está con cada aseveración. Si no está seguro(a), por favor marque el encasillado para inseguro (3 ).

|  | Absolutamente<br>en Desacuerdo | Algo en<br>Desacuerdo      | Inseguro(a)                | Algo de<br>Acuerdo         | Absolutamente<br>de Acuerdo |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>38.</b> Soy tan saludable que realmente no necesito seguro de salud.                                | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  |
| <b>39.</b> El seguro de salud no vale el dinero que cuesta.  | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  |
| <b>40.</b> Es probable que yo tome más riesgos que el común de las personas.                           | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  |
| <b>41.</b> Yo puedo recuperarme de las enfermedades sin la ayuda de una persona medicamente entrenada. | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  |

Fecha en que fue completado: \_\_\_\_\_

Si este folleto no fue completado por la persona nombrada en la página del frente, ¿quién lo completó?: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación o parentesco de esta persona con la persona nombrada en la página del frente?: \_\_\_\_\_

## Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta.

Recuerde sellarla y ponerla en el sobre provisto.

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, realizada por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Esta encuesta está autorizada bajo la Sección 902(a) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299a]. La confidencialidad de la información personal está protegida por estatuto Federal, Sección 924(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C 299c - 3(c) y 242m(d)]. Esta ley prohíbe la divulgación de información personal fuera de las agencias de salud pública que auspician la encuesta o sus contratistas sin obtener primero la autorización de la persona que dió la información. El gobierno Federal requiere que a todas las personas a las que se les pide que respondan una de sus encuestas se les dé la siguiente información: La carga pública de esta recolección de información está calculada en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado necesario para completar la encuesta acerca de Su Salud y Opiniones de Salud. Mande comentarios en relación al cálculo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a:

Reports Clearance Officer  
Attn: PRA, United States Public Health Service  
Paperwork Reduction Project (0935-0098)  
Hubert H. Humphrey Building, Room 721-B  
200 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20201