


# ERGM

## Encuesta de Registro de Gastos Médicos

### Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de la Diabetes

La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Servicio de Salud Pública. Nosotros apreciaríamos si usted se pudiese tomar unos minutos para responder las siguientes preguntas sobre la atención médica que el miembro de su familia recibió para la diabetes de él o ella. Su participación es voluntaria y todas las respuestas serán mantenidas en forma confidencial. Si desea hacer alguna pregunta acerca de esta encuesta, por favor llame a Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377).

Esta encuesta debe  
ser completada para 

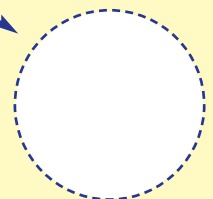
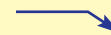
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**PID:** \_\_\_\_\_

**RUID:** \_\_\_\_\_

Cuando haya completado  
la encuesta, por favor  
dóblela, séllela con esta  
etiqueta, y póngala en el  
sobre provisto.



La Agencia para la Investigación y Calidad de los Servicios de Salud y  
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Servicio  
de Salud Pública de Estados Unidos

OMB # 0935-0104

# Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de la Diabetes

**Instrucciones:** Responda cada pregunta marcando un encasillado ☒ o anotando una cantidad como se indica. Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que usted pueda dar. **En las siguientes preguntas, “(NOMBRE)” se refiere a la persona cuyo nombre aparece en el encasillado en la primera página.**

- ¿Le ha dicho a (NOMBRE) **alguna vez** un médico u otro profesional de la salud que él/ella tiene diabetes o azúcar en la sangre? (MARQUE UNA)  
Sí..... ☐ 1  
► **Por favor continúe.**  
No ..... ☐ 2  
► **Gracias por su tiempo.**  
**Esta encuesta está completa.**
- Durante el año 2006, ¿cuántas veces le examinó la sangre a (NOMBRE) un médico, una enfermera, u otro profesional de la salud para ver si tenía hemoglobina glicosilada o hemoglobina A-one-C?  
(ANOTE LA CANTIDAD DE VECES)  
Cantidad de Veces .....   
No le hicieron prueba de sangre. ☐ 96  
No sé..... ☐ 98  
Nunca ..... ☐ 00
- Durante el año 2006, ¿cuántas veces le examinó los pies a (NOMBRE) un profesional de la salud para ver si tenía llagas o irritaciones?  
(ANOTE LA CANTIDAD DE VECES)  
Cantidad de Veces .....   
Nunca ..... ☐ 00
- ¿En cuáles de los siguientes años le hicieron a (NOMBRE) un examen de la vista en el que le hayan dilatado las pupilas? Esto le habría hecho a él/ella sensible temporalmente a la luz brillante. (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE)  
Durante 2007 ..... ☐ 1  
Durante 2006 ..... ☐ 2  
Durante 2005 ..... ☐ 3  
Antes de 2005 ..... ☐ 4  
Nunca ..... ☐ 00
- ¿Le ha causado la diabetes de (NOMBRE) problemas a él/ella con los riñones?  
Sí ..... ☐ 1  
No ..... ☐ 2
- ¿Le ha causado la diabetes de (NOMBRE) problemas a él/ella con los ojos que hayan necesitado ser tratados por un oftalmólogo?  
Sí ..... ☐ 1  
No ..... ☐ 2
- ¿Está siendo tratada la diabetes de (NOMBRE) modificándole la dieta a él/ella?  
Sí ..... ☐ 1  
No ..... ☐ 2

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 que se les pide que respondan una de sus encuestas, se les dé la siguiente información: La carga pública de la recolección de esta información se calcula en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado para responder la "Encuesta Acerca de la Atención Médica de Su Diabetes". 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  
Attention: 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

8. ¿Está siendo tratada la diabetes de (NOMBRE) con medicinas tomadas por la boca?

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

9. ¿Está siendo tratada la diabetes de (NOMBRE) con inyecciones de insulina?

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

10. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido (NOMBRE) algo de lo siguiente para enseñarle a cuidarse la diabetes?

**Llamada telefónica a su hogar**

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

**Cita con una enfermera**

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

**Visita a su hogar**

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

**Lo(a) mandaron a un especialista**

Sí ..... ☐ 1

No ..... ☐ 2

11. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde que a (NOMBRE) un médico u otro profesional de salud le midió el colesterol en la sangre?

DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO ..... ☐ 1

DENTRO DE LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 2

DENTRO DE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 3

DENTRO DE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 4

HACE MÁS DE 5 AÑOS ..... ☐ 5

NUNCA ..... ☐ 00

12. Más o menos, ¿cuánto tiempo hace desde que a (NOMBRE) le pusieron una vacuna para el resfrío/la gripe o “flu”?

DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO ..... ☐ 1

DENTRO DE LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 2

DENTRO DE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 3

DENTRO DE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS ☐ 4

HACE MÁS DE 5 AÑOS ..... ☐ 5

NUNCA ..... ☐ 00

**Gracias por tomarse el tiempo para completar esta importante encuesta.**

***Por favor recuerde doblarla, sellarla, y ponerla en el sobre provisto.***

Fecha en que fue completada \_\_\_\_\_

¿Quién completó esta encuesta para la persona nombrada en la primera página?

¿Cuál es su relación o parentesco con la persona nombrada en la primera página?

---

---

---

---

---

