



Una Encuesta Acerca de la Atención Médica de la Diabetes

La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Departamento de Salud y Servicios Humanos. 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 

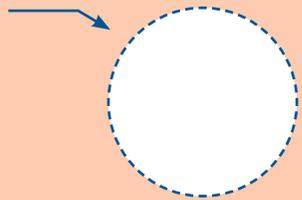
NOMBRE: _____

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 Departamento de Salud y Servicios Humanos

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.**

1. ¿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.

2. Durante el año 2007, ¿cuántas veces le examinó la sangre un médico, una enfermera, u otro profesional de la salud para ver si tenía hemoglobina glicosilada o “hemoglobina A-one-C”?

(A1C es un examen de sangre que se hace principalmente para chequear el nivel de glucosa de los diabéticos. Por favor tenga en cuenta que este es un examen que se hace en un laboratorio, hospital o en la oficina de un doctor. NO es un examen que se hace en casa).

Si a usted se le hizo este examen, anote la cantidad de veces..... _____

No le hicieron la prueba de sangre A1C..... 96

No sé 98

Nunca 00

3. Durante el año 2007, ¿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

4. ¿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 2008 1

Durante 2007 2

Durante 2006 3

Antes de 2006..... 4

Nunca 00

5. ¿Le ha causado la diabetes de (NOMBRE) problemas a él/ella con los riñones?

Sí 1

No..... 2

6. ¿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

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, realizada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos 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

7. ¿Está siendo tratada la diabetes de (NOMBRE) modificándole la dieta a él/ella?
 Sí 1
 No..... 2
8. ¿Está siendo tratada la diabetes de (NOMBRE) con medicinas tomadas por vía oral?
 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 le pusieron una vacuna para la gripe o “flu” (en forma inyectable o de atomizador nasal)?

- 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?

