



43316

Formulario aprobado  
OMB #0935-0118  
Fecha de vencimiento: 12/31/2015

**Autoadministrada 2014**



Encuesta de Registro de Gastos Médicos

## Una encuesta sobre el cuidado de su diabetes

*La atención médica de las personas con diabetes es un tema importante del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Por favor tómese unos minutos para responder las siguientes preguntas sobre la atención médica que usted recibió para su diabetes. Su participación es voluntaria y todas sus respuestas serán mantenidas en forma confidencial hasta donde lo permite la ley. 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 por

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

---

**FECHA DE NACIMIENTO:**      /   /

mes                      día                      año

**PID:**                         **RUID:**

Cuando haya contestado la encuesta, por favor dóblela, séllela con la etiqueta adjunta y entréguesela al entrevistador.

Esta encuesta está autorizada por el Título 42, artículo 299a del Código de Estados Unidos [42 U.S.C. 299a]. La confidencialidad de sus respuestas a esta encuesta está protegida por los Artículos 944(c) y 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. 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 3 minutos por entrevista, el tiempo necesario para responder esta entrevista. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB. 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 (0935-0118) AHRQ, 540 Gaither Road, Room # 5036, Rockville, MD 20850.



La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos



43316

# Una encuesta sobre el cuidado de su diabetes

**Instrucciones:** *responda cada pregunta haciendo una  en una casilla o anotando una cantidad según sea la pregunta. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor denos la mejor respuesta que pueda.*

**Un profesional del cuidado de la salud puede ser un médico general, un especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, una enfermera o cualquier persona que le presta atención médica.**

1. ¿Le ha dicho **alguna vez** un médico u otro profesional del cuidado de la salud que usted tiene diabetes? **HAGA UNA .**

Sí .....   
**Por favor continúe.** ←

No .....   
**Gracias por su tiempo.  
Ha completado la encuesta.** ←

2. Durante 2013, ¿cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de salud le analizó **la sangre** para ver los niveles de hemoglobina glicosilada (o glucosilada) o la "hemoglobina A-1-C"?

*(La A1C es una prueba de sangre que se hace para observar el nivel de glucosa en la sangre de las personas diabéticas durante un período de varios meses. La prueba A1C normalmente se hace en un laboratorio, hospital o el consultorio de un médico aunque ahora hay materiales disponibles para hacer una o dos pruebas en casa. La A1C no es lo mismo que la prueba de observación de la glucosa la cual se hace en casa para observar los niveles de glucosa a diario o semanalmente, y para la cual es necesario tener cintas de prueba desechables.)*

Si le han hecho este análisis de sangre, anote LA CANTIDAD DE VECES .....

No le hicieron el análisis de sangre A1C .....   
No sabe .....   
Nunca .....

3. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años, un médico u otro profesional del cuidado de la salud, le examinó los pies para detectar alguna llaga o irritación? **HAGA UNA  EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**

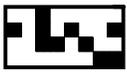
Durante 2014 .....   
Durante 2013 .....   
Durante 2012 .....   
Antes de 2012 .....   
Nunca .....

4. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años tuvo un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le debió haber causado sensibilidad a la luz brillante de manera temporal. **HAGA UNA  EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Durante 2014 .....   
Durante 2013 .....   
Durante 2012 .....   
Antes de 2012 .....   
Nunca .....

5. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le analizaron el colesterol en la sangre? **HAGA UNA  EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Durante 2014 .....   
Durante 2013 .....   
Durante 2012 .....   
Antes de 2012 .....   
Nunca .....



43316

6. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le pusieron una vacuna contra la gripe o influenza (en inyección o por rociador nasal)? **HAGA UNA [X] EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**

- Durante 2014 .....
- Durante 2013 .....
- Durante 2012 .....
- Antes de 2012 .....
- Nunca .....

7. ¿Le ha causado su diabetes problemas en los riñones?

- Sí .....
- No .....

8. ¿Le ha causado su diabetes problemas en los ojos que hayan tenido que ser tratados por un oftalmólogo?

- Sí .....
- No .....

9. ¿Le están tratando su diabetes con un cambio en la dieta?

- Sí .....
- No .....

10. ¿Le están tratando su diabetes con medicamentos tomados por vía oral?

- Sí .....
- No .....

11. ¿Le están tratando su diabetes con inyecciones de insulina?

- Sí .....
- No .....

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha aprendido cómo cuidar de su diabetes?

- Sí .....
- No (pase a la pregunta 14) .....

13. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos ha usado para aprender a cuidar de su diabetes? **HAGA UNA [X] EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Hablar con un médico/profesional de la salud en su centro principal de cuidado médico .....

Hablar con un médico/profesional de la salud fuera de su centro principal de cuidado médico .....

Hablar por teléfono con un profesional de la salud .....

Leer sobre esto en la Internet .....

Tomar una clase en grupo.....

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

14. ¿Qué tan confiado(a) está de poder cuidar de su diabetes?

Nada confiado(a) .....

Algo confiado(a) .....

Confiado(a).....

Muy confiado(a).....

No responde.....

No sabe.....

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

*Recuerde doblarla, sellarla y entregársela al entrevistador.*

Fecha en que fue completada    MES     DÍA     AÑO

Si esta encuesta no fue completada por la persona nombrada en la primera página, ¿quién completó esta encuesta?

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

¿Cuál es la razón por la que la persona nombrada en la primera página no completó la encuesta ella misma?

Data Year 2013  
14-230S