



Draft

Formulario aprobado  
OMB #0935-0118  
Fecha de vencimiento 11/30/2021

**Representante 2020**



## Una encuesta sobre el cuidado de la diabetes

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

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

**FECHA DE NACIMIENTO:**

mes

día

año

**PID:**

**RUID:**

Cuando haya contestado la encuesta, 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, 5600 Fishers Lane Room #07W42, Rockville, MD 20857.



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



# Una encuesta sobre el cuidado de la 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. **En las siguientes preguntas, "(NOMBRE)" se refiere a la persona anotada en la casilla que hay en la portada.**

**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 a (NOMBRE) que tiene diabetes? **HAGA UNA ☒.**  
☐ Sí → **Por favor continúe.**  
☐ No → **Gracias por su tiempo. Ha completado la encuesta.**
2. Durante 2019, ¿cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de salud le analizó **la sangre** a (NOMBRE) 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.)*  

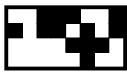
--	--	--

 Si a (NOMBRE) le hicieron este análisis de sangre, anote LA CANTIDAD DE VECES  
☐ No le hicieron el análisis de sangre A1C  
☐ No sé  
☐ Nunca
3. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años, un médico u otro profesional del cuidado de la salud, le examinó los pies a (NOMBRE) para detectar alguna llaga o irritación? **HAGA UNA ☒ EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**  
☐ Durante 2020  
☐ Durante 2019  
☐ Durante 2018  
☐ Antes de 2018  
☐ Nunca
4. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años tuvo (NOMBRE) un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le debió haber causado a (NOMBRE) sensibilidad a la luz brillante de manera temporal. **HAGA UNA ☒ EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**  
☐ Durante 2020  
☐ Durante 2019  
☐ Durante 2018  
☐ Antes de 2018  
☐ Nunca
5. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le analizaron a (NOMBRE) el colesterol en la sangre? **HAGA UNA ☒ EN TODO LO QUE CORRESPONDA.**  
☐ Durante 2020  
☐ Durante 2019  
☐ Durante 2018  
☐ Antes de 2018  
☐ Nunca



6. ¿En cuál o cuáles de los siguientes años le pusieron a (NOMBRE) una vacuna contra la gripe o influenza (en inyección o por rociador nasal)? HAGA UNA ☒ EN TODO LO QUE CORRESPONDA.
- ☐ Durante 2020  
☐ Durante 2019  
☐ Durante 2018  
☐ Antes de 2018  
☐ Nunca
7. ¿Le ha causado la diabetes a (NOMBRE) problemas en los riñones?
- ☐ Sí  
☐ No
8. ¿Le ha causado la diabetes a (NOMBRE) problemas en los ojos que hayan tenido que ser tratados por un oftalmólogo?
- ☐ Sí  
☐ No
9. ¿Le están tratando la diabetes a (NOMBRE) con un cambio en la dieta?
- ☐ Sí  
☐ No
10. ¿Le están tratando la diabetes a (NOMBRE) con medicamentos tomados por vía oral?
- ☐ Sí  
☐ No
11. ¿Le están tratando la diabetes a (NOMBRE) con inyecciones de insulina?
- ☐ Sí  
☐ No
12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha aprendido (NOMBRE) cómo cuidar de su diabetes?
- ☐ Sí  
☐ No → Vaya a la pregunta 14
13. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos ha usado (NOMBRE) para aprender a cuidar de su diabetes? HAGA UNA ☒ 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 (NOMBRE) de poder cuidar de su diabetes?
- ☐ Nada confiado(a)  
☐ Algo confiado(a)  
☐ Confiado(a)  
☐ Muy confiado(a)  
☐ No responde  
☐ No sé

→ PASE A LA CONTRAPORTADA DEL FOLLETO.



Draft

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

*Recuerde entregársela al entrevistador.*

Fecha en que fue completada

MES

DÍA

AÑO

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

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

☐ Esposo o esposa

☐ Madre, padre o tutor

☐ Otro familiar

☐ Pareja sin casarse

☐ Hijo o hija

☐ Persona que no es un familiar

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

Data Year 2019  
20-231S