

Pegue la etiqueta aquí para sellar el folleto doblado.



Su Salud y Opiniones de Salud

¡Su opinión importa!

Comprender cómo sienten las personas acerca de su salud y cuidado de salud es una importante meta de MEPS. Por favor tómese algunos minutos para responder las preguntas de este folleto.

Este folleto debe ser completado por: 

RUID: _____ **VERSION:** _____

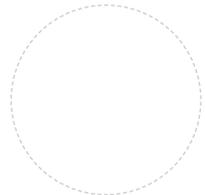
NAME: _____

DOB: _____ **PID:** _____

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.

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).

Quando haya completado el folleto, por favor dóblelo, 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).



SU CUIDADO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1. Un **profesional de salud** puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera, un asistente médico, o cualquier otra persona que usted consultaría para recibir atención médica.

En los últimos 12 meses, ¿hizo alguna cita con un doctor o con otro profesional de salud para recibir atención médica **normal o de rutina**?

Sí 1

No 2 **▶ PASE A LA PREGUNTA 3**

2. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido consiguió una cita tan pronto como quiso, para recibir atención médica **normal o de rutina**?

Nunca 1

A veces 2

Normalmente 3

Siempre 4

No necesité una cita para cuidado normal o de rutina en los últimos 12 meses..... 96

3. En los últimos 12 meses, ¿tuvo una **enfermedad o estaba lastimado(a)** y necesitó atención inmediata de un consultorio médico, de una clínica, o de una sala de urgencias o de emergencia?

Sí 1

No 2 **▶ PASE A LA PREGUNTA 5**

4. En los últimos 12 meses, cuando necesitaba atención inmediata para una **enfermedad o porque estaba lastimado(a)**, ¿qué tan seguido recibió atención tan pronto como quería?

Nunca 1

A veces 2

Normalmente 3

Siempre 4

No necesité atención inmediata para una enfermedad o herida en los últimos 12 meses. 96

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

Ninguna vez 0 **▶ PASE A LA PREGUNTA 11**

1 1

2 2

3 3

4 4

5 a 9 veces 5

10 veces o más 6

6. En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo en conseguir la atención que usted o su doctor creían que era necesaria?

Mucho problema 1

Poco problema 2

No fue un problema 3

No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

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

Nunca 1

A veces 2

Normalmente 3

Siempre 4

No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

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

Nunca 1

A veces 2

Normalmente 3

Siempre 4

No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

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

- Nunca 1
- A veces 2
- Normalmente 3
- Siempre 4
- No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

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

- Nunca 1
- A veces 2
- Normalmente 3
- Siempre 4
- No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

11. Queremos saber cómo califica el cuidado de salud que recibió en los últimos 12 meses de **todos los doctores y otros profesionales de salud**.

Use cualquier **número del 0 al 10** donde 0 es el peor cuidado de salud posible, y 10 es el mejor cuidado de salud posible. ¿Cómo califica todo su cuidado de salud?

- 0 Peor cuidado de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor cuidado de salud posible
- No tuve consultas médicas en los últimos 12 meses..... 96

12. En los últimos 2 años, ¿le ha examinado la presión sanguínea un médico, enfermera, u otro profesional de salud?

- Sí 1
- No 2

13. ¿Fuma usted actualmente?

- Sí 1
- No 2 **IIIIII▶ PASE A LA PREGUNTA 15**

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

- Sí 1
- No 2

OBTENER ATENCION MEDICA DE UN ESPECIALISTA

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

15. 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 del cuidado de salud. En los últimos 12 meses, ¿ha pensado usted o su doctor que necesitaba ver a un especialista?

- Sí 1
- No 2 **IIIIII▶ PASE A LA PREGUNTA 17**

16. En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo en conseguir una referencia ("referral") para ver al especialista que necesitaba ver?

- Mucho problema 1
- Poco problema 2
- No fue un problema 3
- No tuve que ver a un especialista en los últimos 12 meses. 96

SALUD GENERAL

17. En general, ¿diría usted que su salud es:

Excelente Muy Buena Buena Regular Mala
 1 2 3 4 5

18. Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que usted posiblemente haga durante un día típico. ¿Le limita su salud ahora en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, Me Limita Mucho Sí, Me Limita un Poco No, No Me Limita Nada

- A. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar a los bolos o golf 1 2 3
- B. Subir varios tramos de escaleras 1 2 3

19. Durante las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de su salud física?

Sí No

- A. Llevó a cabo menos cosas de las que hubiese querido 1 2
- B. Estuvo limitado(a) en el tipo de trabajo u otras actividades 1 2

20. Durante las 4 semanas pasadas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares como resultado de algún problema emocional? (tal como sentirse deprimido(a) o con ansiedad)?

Sí No

- A. Llevó a cabo menos cosas de las que hubiese querido 1 2
- B. No hizo el trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como lo hace usualmente 1 2

21. Durante las 4 semanas pasadas, ¿cuánto interfirió el dolor con su trabajo normal (incluyendo ambos, el trabajo fuera del hogar y el trabajo del hogar)?

Nada Un Poco Moderadamente Bastante Extremadamente
 1 2 3 4 5

22. Estas preguntas son acerca de cómo se siente y cómo han sido las cosas para usted durante las 4 semanas pasadas. Para cada pregunta, por favor deme la respuesta más cercana a la forma en que se ha estado sintiendo. ¿Qué parte del tiempo durante las 4 semanas pasadas –

Todo el Tiempo La Mayor Parte del Tiempo Una Buena Parte del Tiempo Alguna Parte del Tiempo Una Pequeña Parte del Tiempo Ninguna Parte del Tiempo

- A. Se ha sentido calmado(a) y en paz? 1 2 3 4 5 6
- B. Ha tenido mucha energía? 1 2 3 4 5 6
- C. Se ha sentido abatido(a) y triste? 1 2 3 4 5 6

23. Durante las **4 semanas pasadas**, ¿qué parte del tiempo su **salud física o problemas emocionales** interfirieron con sus actividades sociales (tal como visitar amigos, familiares, etc.)?

- | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Todo el
Tiempo | La Mayor
Parte del
Tiempo | Alguna Parte
del Tiempo | Una Poca
Parte del
Tiempo | Ninguna
Parte del
Tiempo |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

OPINIONES ACERCA DE SALUD

24. Para cada una de las siguientes aseveraciones, por favor marque **uno** de los encasillados para indicar qué tan **DE ACUERDO** o **EN DESACUERDO** está con la aseveración.

- | | Absolutamente
En Desacuerdo | Algo En
Desacuerdo | Inseguro | Algo De
Acuerdo | Absolutamente
De Acuerdo |
|---|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| A. Soy tan saludable que realmente no necesito seguro de salud. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| B. El seguro de salud no vale el dinero que cuesta. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| C. Es probable que yo tome más riesgos que el común de las personas. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| D. Yo puedo recuperarme de las enfermedades sin la ayuda de una persona medicamente entrenada. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

ACTIVIDADES DIARIAS

25. Poniendo una marca en un encasillado en cada grupo de abajo, por favor indique qué aseveración describe mejor su propio estado de salud hoy.

A. Movilidad

- No tengo problemas para caminar 1
- Tengo algunos problemas para caminar 2
- Tengo que estar en la cama 3

B. Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal 1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sólo 2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme sólo 3

C. Actividades de *Todos los Días* (ej.: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días 1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días 2
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días 3

D. Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar 1
- Tengo moderado dolor o malestar 2
- Tengo mucho dolor o malestar 3

E. Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a 1
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a 2
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a 3

Mejor Casi Lo Mismo Peor

26. Comparado con mi nivel general de salud durante los 12 meses pasados, mi estado de salud hoy es: 1 2 3

27. Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.



Si este folleto no fue completado por la persona mencionada en la página 1, ¿quién lo completó?: _____

¿Cuál es la relación de esta persona con la persona nombrada en la página 1?: _____

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta.

Recuerde doblarla, sellarla, y ponerla en el sobre provisto.

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, conducida 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 903(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C 299a – 1(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
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