



Draft

Formulario aprobado
OMB# 0935-0118
Fecha de vencimiento: 05/31/2019

2018

Su Salud y Opiniones de Salud

¡Su opinión importa!



Hay muchos servicios disponibles para cuidados preventivos, tales como pruebas de detección para distintos tipos de cáncer o enfermedades del corazón. No todos eligen las mismas opciones acerca de qué pruebas hacerse, cuándo se debe hacer una prueba en particular o con qué frecuencia. Al contestar este cuestionario, estará ayudando a MEPS a aprender sobre las distintas opciones de cuidados preventivos que las personas eligen.

**Este Folleto
Debe Ser
Completado
Por**



REGION: RUID: PID:

NAME: _____

DOB: / / SEX:

MONTH DAY YEAR

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 7 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



Su salud y opciones acerca de la salud

COMIENCE AQUÍ:

1. ¿Es usted un hombre o mujer?
 - Hombre
 - Mujer → Llame a Alex Scott, a la línea directa y gratuita 1-800-945-6377 antes de contestar

2. ¿Cuántos años tiene usted?
 - Menos de 18 años
 - Entre 18 y 34 años
 - Entre 35 y 49 años
 - 50 años o más

3. En general, diría que su salud es:
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala

4. Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría hacer durante un día típico. **¿Lo limita su salud en este momento** para hacer estas actividades? De ser así, ¿cuánto lo limita?
 - a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, aspirar, jugar bolos o jugar golf
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita

 - b. Subir **varios** pisos por escalera
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita en absoluto



5. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de su salud física**?
- a. ¿**Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de su salud física**?
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. ¿Estuvo limitado en el **tipo** de trabajo o en otras actividades **como resultado de su salud física**?
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
6. En las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo o con otras actividades habituales diarias **como resultado de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)?
- a. **Hizo menos** de lo que le gustaría hacer **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
- b. No trabajó o no hizo otras actividades **con tanto cuidado** como normalmente lo haría **como resultado de algún problema emocional**
- No, nunca
 - Sí, un poco del tiempo
 - Sí, parte del tiempo
 - Sí, la mayoría del tiempo
 - Sí, todo el tiempo
7. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió **el dolor** con su trabajo habitual (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como las tareas del hogar)?
- Nunca
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Mucho
 - Demasiado



Draft

Estas preguntas son acerca de cómo se siente y cómo le ha ido en **las últimas 4 semanas**. Dé una respuesta para cada pregunta que se asemeje más a como se ha estado sintiendo.

8. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo:

a. se ha sentido calmado y tranquilo?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

b. ha tenido mucha energía?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

c. se ha sentido desanimado y triste?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Una buena parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca



9. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo han interferido sus **problemas de salud o emocionales** con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?

- Todo el tiempo
- La mayoría del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

10. Las siguientes preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **los últimos 30 días**. Para cada pregunta, marque el recuadro que describa mejor la frecuencia con la que ha sentido esto.

En los últimos 30 días, aproximadamente, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
a. nervioso?.....	<input type="checkbox"/>				
b. sin esperanzas?.....					
c. preocupado o inquieto?.....	<input type="checkbox"/>				
d. tan triste que nada le podía animar?.....					
e. que todo le costó bastante esfuerzo?.....	<input type="checkbox"/>				
f. que usted no valía nada?.....					

11. Las siguientes dos preguntas son acerca de cómo se ha estado sintiendo en **las últimas 2 semanas**.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia lo ha preocupado alguno de los siguientes problemas?

	Casi todos los días	Más de la mitad de días	Varios días	Nunca
a. Tener poco interés o placer al hacer las cosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas.....				



Draft

Sus opciones acerca de su salud

12. ¿Cuándo fue la última vez que fue al consultorio médico para un chequeo, visita de seguimiento por una enfermedad o por una preocupación de salud que tenía? No incluya las veces que estuvo hospitalizado ni las veces que fue a la sala de emergencias del hospital.

- En los últimos 12 meses
- En el último año o en los últimos dos años
- En los últimos dos a cinco años
- Hace más de cinco años
- Nunca

13. En los últimos 12 meses, ¿le aplicaron la vacuna contra la gripe (directamente en el brazo o en la piel) o se la aplicaron en forma de espray nasal?

- Sí
- No

14. En los últimos 12 meses, ¿lo ha pesado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud?

- Sí
- No

15. Aproximadamente, ¿cuánto pesa usted sin zapatos?

Peso (libras)

16. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos?

Pies **Pulgadas**



17. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de cómo controlar su peso, le ha hablado sobre cuánto peso quiere perder o la ha enviado a un programa para bajar de peso para ayudarle con su alimentación y ejercicio?

- Sí
- No

18. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud cuánto alcohol toma y con qué frecuencia lo hace? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

- Sí
- No

19. En los últimos 12 meses, ¿ha tomado 5 o más bebidas en un día? (Una bebida se refiere a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o un trago de licor de una onza y media.)

- Sí
- No

20. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome menos alcohol o que lo deje de tomar?

- Sí
- No

21. Alguna vez, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud si usted fuma o consume tabaco? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.

- Sí
- No



22. En los últimos 12 meses, aproximadamente, ¿diría que usted ha fumado o consumido tabaco todos los días, algunos días o nunca?
- Todos los días
 - Algunos días
 - Nunca → **Si contestó nunca, pase a la pregunta 26**
23. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que deje de fumar o consumir tabaco?
- Sí
 - No
24. En los últimos 12 meses, ¿le ha aconsejado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud que tome medicamentos para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Algunos de los medicamentos que se pueden usar son: chicles de nicotina, parches, espráis nasales, inhaladores o medicamentos recetados.
- Sí
 - No
25. En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho o dado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud métodos o estrategias, aparte de medicamentos, para ayudarle a dejar de fumar o consumir tabaco? Algunos ejemplos de métodos o estrategias son: línea directa de ayuda, consejería individual o grupal o programas para ayudarle a dejar de fumar.
- Sí
 - No
26. En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca de su estado de ánimo, por ejemplo, si ha sentido ansiedad o depresión? Es posible que haya contestado en persona, por escrito o por computadora.
- Sí
 - No



Draft

27. ¿Le ha chequeado su presión arterial un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 24 meses?**

- Sí
- No

28. ¿Le ha chequeado su colesterol un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud **en los últimos 5 años?**

- Sí
- No



**Si tiene 50 años o más, continúe con las preguntas.
Si tiene menos de 50 años, pase a la contraportada del folleto.**

29. Alguna vez, ¿lo han vacunado contra la neumonía? Normalmente la vacuna contra el neumococo o la neumonía se aplica solamente una o dos veces en la vida.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

30. Alguna vez, ¿lo han vacunado contra la culebrilla (herpes zóster)? El nombre de la vacuna es Zostavax®, la vacuna zóster o la vacuna contra la culebrilla. El virus de la varicela ocasiona la culebrilla. La vacuna ha estado disponible desde mayo del 2006.

- Sí
- No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla
- No. Por otra razón

31. ¿Hay alguna razón médica que le impide tomar aspirina, tal como una alergia, otro medicamento o efecto secundario?

- Sí → **Si contestó sí, pase a la pregunta 33**
- No



32. Alguna vez, ¿le ha hablado un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud acerca del uso de la aspirina para prevenir un ataque cardíaco o derrame cerebral?

- Sí
- No



33. ¿Ha tenido cáncer de colon o le han extirpado todo el colon?

Sí → **Si contestó sí, pase a la pregunta 37**

No



34. ¿Le han hecho una colonoscopia **en los últimos 10 años**? Una colonoscopia examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Después de una colonoscopia, se siente cansancio y normalmente uno necesita que una persona lo lleve a su casa.

Sí

No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla

No. Por otra razón

35. ¿Le han hecho una sigmoidoscopia **en los últimos 5 años**? Una sigmoidoscopia también examina el intestino al introducir un tubo en el recto. Uno está despierto durante este examen y puede manejar a casa.

Sí

No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla

No. Por otra razón

36. ¿Ha hecho una prueba de sangre en las heces en casa, **en los últimos 12 meses**? Un médico, enfermera u otro profesional de la salud le da un paquete especial o una tarjeta para usar en casa y determinar si las heces contienen o no sangre.

Sí

No. Me la ofreció un médico, enfermera u otro profesional de cuidados de salud, pero preferí no recibirla

No. Por otra razón

37. ¿Ha tenido cáncer de próstata?

Sí → **Si contestó sí, vaya al recuadro "Fecha en que contestó" en la siguiente página**

No



38. ¿Cuántos años tenía la última vez que le hicieron la prueba del APE? La prueba del "A-P-E" es una prueba de sangre para detectar el cáncer de próstata. También se le llama la prueba antígeno prostático específico.

Nunca me han hecho la prueba del APE

Menor de 50 años

Entre 50 y 64 años

Entre 65 y 74 años

75 años o más

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente



Draft

► Fecha en que contestó:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Día			Año			

► ¿Quién completó este formulario?

- La persona que aparece en la portada de este formulario
- Otra persona,



En caso de ser otra persona, ¿cuál es el parentesco o la relación de esa otra persona con la persona que aparece en la portada de este formulario?

- Esposo o esposa
- Pareja sin casarse
- Madre, padre o tutor
- Hijo o hija
- Otro familiar
- Persona que no es un familiar

¡GRACIAS POR CONTESTAR EL CUESTIONARIO!

- Por favor, ponga este cuestionario en el sobre que le entregaron y déselo al entrevistador de MEPS.
- Si el entrevistador ya no está disponible, por favor, ponga el cuestionario en el sobre de envío que le entregó el entrevistador. Si no tiene el sobre, por favor, envíe el cuestionario por correo a:

**MEPS
c/o Westat
1600 Research Blvd, Room GA51
Rockville, MD 20850**

18-233S.M