




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.

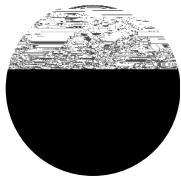
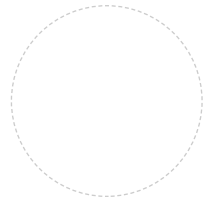
*Este folleto debe ser completado por:* 

|             |                |
|-------------|----------------|
| 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                       |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 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             |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 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



