

New Jersey Department of Health
Office of Minority and Multicultural Health

PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
"TOMANDO CONTROL DE SU SALUD"
ENCUESTA PREVIA PARA PARTICIPANTES DEL TALLER

Número de identificación: _____ Fecha de hoy: _____ Código postal: _____

Sexo: Femenino Masculino

<p>¿Cuál es su edad? (marque una)</p> <p><input type="checkbox"/> Menor de 25 <input type="checkbox"/> 25 - 34 <input type="checkbox"/> 35 - 44 <input type="checkbox"/> 45 - 54 <input type="checkbox"/> 55 - 64 <input type="checkbox"/> Más de 65 años</p> <p>¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Puede elegir una o más categorías.)</p> <p><input type="checkbox"/> No soy Latino o de Origen Hispano <input type="checkbox"/> Soy Mejicano, Méjico-Americano /Chicano(a) <input type="checkbox"/> Soy Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Soy Cubano <input type="checkbox"/> Soy de otra nacionalidad u Origen Hispano</p>	<p>¿Cuál es su raza o etnia? (Puede elegir una o más categorías)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático o Hindú <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico: _____</p>
---	---

<p>¿Cuál es su estado civil? (marque una)</p> <p><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En pareja (vivo con alguien)</p>	<p>¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado? (marque una)</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel inferior a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Algo de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria o de escuela de oficios <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Estudios de posgrado</p>
---	--

<p>¿Cuán bien habla usted el Inglés? (marque una)</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy Bien <input type="checkbox"/> Nada</p>
--

“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”
ENCUESTA PREVIA PARA PARTICIPANTES DEL TALLER
 (Continuación)

¿Le ha dicho su doctor, enfermera o algún proveedor de atención de la salud alguna vez que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas?

(Marque todas las opciones que correspondan.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/pulmonar (p. ej., asma, enfisema, bronquitis) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión o trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Otra afección crónica: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna (no tiene ninguna afección crónica) |

I. En general, diría que su salud es: *(marque una)*

- Excelente Muy buena Buena Regular Mala

II. Actividades diarias Durante las últimas 2 semanas, ¿en qué medida...		<i>(circule solo una por fila)</i>				
		Nada	Un poco	En gran medida	Bastante	Casi siempre
1	Su salud ha interferido en sus actividades sociales normales con la familia, los amigos, los vecinos o los grupos?	0	1	2	3	4
2	Su salud ha interferido en sus pasatiempos o actividades recreativas?	0	1	2	3	4
3	Su salud ha interferido en sus tareas domésticas?	0	1	2	3	4
4	Su salud ha interferido en los mandados y las compras?	0	1	2	3	4

“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”
ENCUESTA PREVIA PARA PARTICIPANTES DEL TALLER
(Continuación)

III. Controlando mi enfermedad						
Para cada una de las siguientes aseveraciones acerca de cuan fácil le resulta hacer diferentes tareas diarias, circule el número de la respuesta que mejor describa cuan de acuerdo está usted con la aseveración.		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1	Sentirme <u>cansado</u> de estar enfermo no me impide hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
2	Sentir <u>dolor, malestar o la molestia</u> de estar enfermo no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
3	Sentirme <u>molesto, triste o llorar</u> por estar enfermo no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
4	Sentir <u>cualquier otro</u> síntoma de problemas de salud o enfermedad (dolor, malestar estar triste) no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
5	Puedo hacer las cosas que necesito hacer para controlar mi enfermedad y evitar ir a la sala de emergencias o ir a mi médico.	1	2	3	4	5
6	Puedo hacer otras cosas, no solo tomarme una pastilla para evitar que mi enfermedad sea un problema diario.	1	2	3	4	5

IV. Durante la semana pasada, pude estrecharme, caminar, hacer la bicicleta, o hacer otros tipos de ejercicios físicos durante:
(marque una)

Nada

Menos de 30 minutos a la semana

30 a 60 minutos a la semana

1 a 3 horas a la semana

Más de 3 horas a la semana

“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”
ENCUESTA PREVIA PARA PARTICIPANTES DEL TALLER
 (Continuación)

V. Atención médica		(Circule una por fila)					
		Nunca	Casi Nunca	A Veces	Seguido	Muy Seguido	Siempre
1	Prepara una lista de preguntas para su médico	0	1	2	3	4	5
2	Hace preguntas su médico sobre lo que quiere saber y lo que no comprende de su tratamiento	0	1	2	3	4	5
3	Discute con su médico otras cosas no relacionadas con su enfermedad	0	1	2	3	4	5

4	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES consultó a un médico? (No incluya las consultas mientras estuvo en el hospital o las consultas en la sala de emergencias de un hospital.)	_____ Veces
5	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue a una clínica o a una sala de cuidado ambulatorio, de las que no requieren cita, para una emergencia?	_____ Veces
6	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue al departamento o sala de emergencias de un hospital?	_____ Veces
7	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue internado por una noche o más tiempo en un hospital?	_____ Veces

VI. Seleccione todas las opciones que correspondan:

Soy un participante que tiene una enfermedad crónica. Sí No

Soy el cuidador de una persona que tiene una enfermedad crónica. Sí No

VII. ¿Ha tomado este taller antes?

Sí No No estoy seguro(a)

VIII. Esta encuesta ha sido respondida o completada de la siguiente forma: (marque una)

Sin ayuda alguna Con la ayuda de alguien

¡Gracias por responder a esta encuesta!