

New Jersey Department of Health
Office of Minority and Multicultural Health

PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE LA DIABETES
“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? <i>(marque una)</i></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? <i>(Puede elegir una o más categorías.)</i></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? <i>(Puede elegir una o más categorías)</i></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? <i>(marque una sola opción)</i></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? <i>(marque una sola opción)</i></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? <i>(Marque una casilla solamente)</i></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"/> Diabetes Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Depresión o trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/pulmonar (p. ej., asma, enfisema, bronquitis) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Otra afección crónica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Ninguna (no tiene ninguna afección crónica) |

Monitorizando el Nivel de Azúcar

| | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | ¿Tiene usted máquina o glucómetro en su hogar para medir su nivel de azúcar o glucosa en la sangre? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. | ¿Si tiene máquina, indique por favor durante cuantos días la semana pasada se midió su nivel de azúcar? (Si usted no se midió la azúcar la semana pasada por estar enfermo o enferma, entonces indique el número de días de la semana más reciente en la que no estuvo enfermo o enferma.) | _____ días | |
| 3. | ¿Sabe usted el significado de estas medidas de azúcar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. | Durante el mes pasado, ¿se hizo usted una prueba de Hemoglobina A1c? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

II. ¿Tuvo usted los síntomas siguientes durante la semana pasada?: (Marque una casilla por pregunta)

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. | ¿Tuvo aumento de sed? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 2. | ¿Sintió su boca seca o reseca? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 3. | ¿Tuvo pérdida de apetito? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 4. | ¿Sintió trastornos estomacales o tuvo vómitos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 5. | ¿Sintió dolor de barriga? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 6. | ¿Se levantó a orinar más de 3 veces en una noche? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 7. | ¿Tuvo niveles de azúcar de 300 miligramos o más altos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 8. | ¿Sintió dolor de cabeza durante las mañanas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 9. | ¿Tuvo pesadillas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 10. | ¿Tuvo escalofríos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 11. | ¿Sintió mareos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 12. | ¿Sintió temblores o debilidad física? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 13. | ¿Sintió hambre severa o exagerada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 14. | ¿A veces se desmayó o tuvo desmayos ligeros? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |

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

| III. Actividades diarias Durante las últimas 2 semanas, ¿en qué medida... | | <i>(Marque una opción con un círculo)</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 |

| IV. Controlando mi Enfermedad Para cada una de las siguientes aseveraciones, favor de circular el número que mejor describa cuán cómodo usted se siente haciendo estas actividades en este momento: | | Muy en Desacuerdo | En Desacuerdo | Neutral | De Acuerdo | Muy en desacuerdo |
|--|--|-------------------|--|---------|------------|-------------------|
| | | 1. | Como mis comidas cada 4 a 5 horas al día, incluyendo el desayuno todos los días. | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Sigo mi dieta y sé qué comer cuando tengo hambre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Hago de 15 a 30 minutos de ejercicio diario de 4 a 5 veces por semana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Sé cómo evitar que mi nivel de azúcar en la sangre caiga cuando hago ejercicio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Sé qué hacer cuando mi nivel de azúcar en la sangre es más alto o más bajo de lo que debe ser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Sentir cansancio cuando estoy enfermo o enferma no me impide hacer cosas que quiero hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Sentir temor o preocupación de estar enfermo no me impide hacer cosas que quiero hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Conozco bien mis medicamentos y los tomo todos los días. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Voy a todas las citas que sean necesarias para mi tratamiento con mi doctor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Sé cuándo los cambios en mi enfermedad significan que debo ir a mi médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| V. ¿Durante la semana pasada, por cuánto tiempo usted hizo las siguientes actividades? (Circule sólo una respuesta) | | Nada | Menos de 30 minutos/semana | 30 – 60 minutos/semana | 1 – 3 horas/semana | Más de 3 horas/semana |
|---|-------------------------------|------|----------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1. | Hizo estiramiento o usó pesas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Caminó para ejercitarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Hizo natación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Usó una máquina de ejercicio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| VI. Su Dieta | |
|--------------|---|
| 1. | Durante la semana pasada, ¿cuántas veces se desayunó usted al levantarse en la mañana? _____ veces |
| 2. | Durante la mañana de hoy, ¿desayunó usted alguno de los alimentos siguientes? (Marcar todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Leche (1/2 taza) <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> Yogur <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Carne, pollo o pescado <input type="checkbox"/> Habichuelas (frijoles) Si usted comió algo más, por favor indíquelo aquí: _____ |

| VII. Medicamentos | |
|-------------------|--|
| 1. | Durante la semana pasada, ¿tomó usted píldoras para la diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 2. | Por favor indique el nombre o los nombres de la píldora o píldoras que tomó: _____ |
| 3. | Durante la semana pasada, ¿se inyectó usted insulina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé |

| VIII. Atención Médica Cuando consulta a su médico , ¿con qué frecuencia hace lo siguiente: | | (Marque una opción con un círculo) | | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------|---------|---------|-------------|---------|
| | | 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 cualquier problema personal que pueda estar relacionado con la enfermedad? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| VIII. Atención Médica, Continuación | | |
|--|---|----------------------------------|
| 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.) | _____ consultas |
| 5. | En los últimos 2 meses, ¿cuántas veces fue a una clínica de cuidado ambulatorio (walk-in-clinic) para una emergencia? | _____ veces |
| 6. | En los últimos 2 meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias de un hospital? | _____ veces |
| 7. | En los últimos 2 meses, ¿cuántas veces fue internado en un hospital por una o más noches? | _____ veces |
| 8. | ¿Cuándo fue su último examen de la vista? (por ejemplo: para glaucoma u cualquier otro problema) | ____ / ____ Mes / Anno |
| 9. | ¿Cuántas veces el médico o la enfermera ha examinado sus pies en los últimos 6 meses? | _____ veces |

| IX. Seleccione todas las opciones que correspondan: | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Soy un participante que tiene una enfermedad crónica. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Soy el cuidador de una persona que tiene una enfermedad crónica. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Participo en el programa de asistencia de farmacia New Jersey PAAD (Pharmaceutical Assistance Program). | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

| X. ¿Alguna vez ha asistido a un taller de Autocontrol de la Diabetes como este? |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |

| XI. Esta encuesta fue completada: (marque solo una) |
|--|
| <input type="checkbox"/> sin ayuda <input type="checkbox"/> con alguna ayuda |

Gracias por responder a esta encuesta.