

**New Jersey Department of Health
Office of Minority and Multicultural Health**

**PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE LA DIABETES
“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”
ENCUESTA POSTERIOR PARA PARTICIPANTES DEL TALLER**

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

| 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) |
|---|
| <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> 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 POSTERIOR 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 | 4 | 5 |
| 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 POSTERIOR 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 POSTERIOR 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 |

| 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.