



Tomando Control De Su Salud

Encuesta de información del participante

Instrucciones: Use una pluma para responder a las preguntas en ambos lados del formulario. Escriba en letra de imprenta legible. Marque su elección dentro de la casilla, de esta manera:

Nombre (**Sólo el Primer Nombre**): _____

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

		/			/				
Mes			Día			Año			

2. ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--

3. ¿Cuál es su sexo?

Femenino Masculino

4. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Sí No Desconocido

5. ¿Cuál es su raza? (*Marque todas las que correspondan*).

- Aborigen de los Estados Unidos u oriundo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Oriundo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco

6. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (*Marque todas las que correspondan*).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia relacionada | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria/pulmonar (asma, enfisema, bronquitis, etc.) | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (baja densidad ósea) |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares |
| <input type="checkbox"/> Depresión o trastornos de ansiedad | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ninguna (sin enfermedades crónicas) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíac | |

Dé vuelta a la página ⇨

Encuesta de información del participante (Continuado)

Nombre (**Sólo el Primer Nombre**) _____

7. Durante el año pasado, ¿proporcionó cuidados o atención regular a algún amigo o miembro de la familia que tenga una discapacidad o algún problema de salud de largo plazo?

Sí

No

8. ¿Está limitado en modo alguno en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

Sí

No

9. Hoy, ¿cuántas personas viven en su hogar (incluyéndose)?

--	--

(Número de personas)

10. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que completó?

Alguno de escuela primaria, media o secundaria

Graduado de escuela secundaria

Alguno de escuela universitaria o técnica

Graduado de la universidad de 4 años o más