

La Opinion Del Paciente Sobre El Cuidado Medico

Declaracion De Confidencialidad

Toda información que pudiera permitir su identificación será considerada estrictamente confidencial, se usará únicamente con el fin de llevar a cabo y evaluar el estudio, y no será revelada o divulgada con ningún otro fin sin su consentimiento previo excepto en los casos requeridos por la ley.

RAND
1700 Main Street
Santa Monica, California 90407-2138
(310) 393-0411

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Ud. ha sido seleccionado/a al azar para esta encuesta. Es importante para nosotros que cada persona seleccionada para participar así lo haga, para obtener resultados exactos. Sus repuestas serán consideradas confidenciales pero se combinarán con las respuestas de otros participantes para mejorar su atención médica.

1. Por favor, conteste todas las preguntas (a menos que se le indique pasar a otra pregunta cuando no se refieren a Ud.). Algunas preguntas le parecerán similares a otras, pero cada una de ellas es diferente.
2. Haga un círculo alrededor del número de la respuesta apropiada o llene la respuesta de la manera indicada.

Por ejemplo: ¿Ha estado Ud. alguna vez en la luna?

(Haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada)

No.....1
Si.....2

3. Si Ud. no está seguro/a de como contestar una pregunta, por favor responda lo mejor que pueda y escriba un comentario a la izquierda de la pregunta.

Para obtener información exacta necesitamos hacerle varias preguntas. Estas preguntas piden su opinión sobre el cuidado médico que Ud. recibe de su grupo médico y sobre su **aseguranza o seguro médico**. Al hablar de **grupo médico** nos referimos al lugar donde Ud. va para su atención medica regular. Al hablar de **aseguranza o seguro médico** nos referimos al seguro de salud que le hayan proporcionado en su trabajo o que Ud. mismo/a haya comprado. Por favor recuerde la diferencia entre uno y otro al ir contestando estas preguntas.

Gracias Por Participar En Este Estudio

1. ¿Cuál es el nombre de su grupo médico, es decir el lugar donde Ud. va para su atención médica regular (por ejemplo, Centro Médico Mullikin)?

2. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha visto Ud. a un profesional de salud, es decir la persona que le brinda cuidado médico, en su grupo médico?

(Elija una respuesta)

- Ni una vez 1
- Una vez 2
- Dos veces 3
- De 3 a 5 veces 4
- 6 veces o más 5

3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Ud. visitó a un profesional de salud en su grupo médico?

(Elija una respuesta)

- Menos de un mes 1
- De 1 a 3 meses 2
- De 4 a 6 meses 3
- De 7 a 12 meses 4
- Más de 12 meses 5

4. Una vez que Ud. llega a la cita con su doctor, ¿cuánto tiempo tiene que esperar normalmente (tanto en la sala de espera como en el cuarto de consulta) para verlo/a?

(Elija una respuesta)

- Menos de 10 minutos 1
- De 10 a 15 minutos 2
- De 16 a 30 minutos 3
- De 31 a 45 minutos 4
- De 46 a 60 minutos 5
- Más de 1 hora, pero menos de 2 6
- 2 horas o más 7
- (No sé/no me acuerdo) 8

5. Mientras Ud. espera para ver a su doctor el día de su cita, ¿le avisan los empleados si hay algún retraso?

(Elija una respuesta)

- | | |
|----------------------------------|---|
| Siempre (Todas las veces) | 1 |
| La mayoría de las veces | 2 |
| La mitad de las veces | 3 |
| Algunas veces | 4 |
| Casi nunca o nunca | 5 |
| No sé o no se refiere a mí | 6 |

6. Cuando Ud. va a una cita para su cuidado médico de rutina (como un examen físico o un chequeo regular), ¿qué tan seguido ve Ud. al **mismo** doctor?

(Elija una respuesta)

- | | |
|---------------------------------|---|
| Siempre (Todas las veces) | 1 |
| La mayoría de las veces | 2 |
| La mitad de las veces | 3 |
| Algunas veces | 4 |
| Casi nunca o nunca | 5 |

7. ¿Cuánto tiempo tiene que esperar Ud. **normalmente** desde el momento en que hace una cita hasta el día en que Ud. ve al doctor o la enfermera para su cuidado de rutina (como un examen físico completo o un chequeo regular)?

(Elija una respuesta)

- | | |
|----------------------------|---|
| El mismo día. | 1 |
| De 1 a 3 días | 2 |
| De 4 a 7 días | 3 |
| De 8 a 14 días | 4 |
| De 15 a 30 días | 5 |
| De 31 días a 2 meses | 6 |
| Más de 2 meses | 7 |

8. ¿Cuánto tiempo tiene que esperar Ud. **normalmente** para ver a su doctor si necesita cuidado médico por una enfermedad (como tratamiento para un dolor de garganta o gripe)?

(Elija una respuesta)

- | | |
|---|---|
| Puedo ir a la oficina o la clínica el mismo día | 1 |
| 1 día | 2 |
| De 2 a 3 días | 3 |
| De 4 a 5 días | 4 |
| De 6 a 7 días | 5 |
| Más de 7 días | 6 |
| No sé o no se refiere a mí | 7 |

9. ¿Cuánto tiempo tiene que esperar Ud. normalmente para ver a un doctor cuando Ud. va para una emergencia (por ejemplo, porque se quebró un brazo o porque respira con dificultad)?

(Elija una respuesta)

- No tengo que esperar 1
- Menos de 15 minutos 2
- De 15 a 30 minutos 3
- De 31 a 60 minutos 4
- De 1 a 2 horas 5
- Más de 2 horas 6
- No sé o no se refiere a mi 7

El Cuidado De Su Salud

Las preguntas que siguen a continuación se refieren a los servicios de salud que Ud ha recibido de su grupo médico. Teniendo en mente el lugar donde Ud. va para su atención médica regular (es decir, su grupo médico) ¿qué piensa Ud. de cada una de las siguientes cosas? Para cada pregunta, por favor califique el cuidado que Ud. recibe desde Lo Peor (Lo peor que Ud. se pueda imaginar) hasta Lo Mejor (lo mejor que Ud. se pueda imaginar), haciéndole un círculo a un número para cada línea. Si hay algo que no se refiere a Ud., marque la categoría "No se refiere a mi."

10. ¿Como califica Ud....

(Marque un solo número en cada línea)

	Muy malo/a	Malo/a	Mas o menos	Bueno/a	Muy bueno/a	Excelente	Lo mejor	No se refiere a mi
a. Lo conveniente del lugar donde Ud. recibe su cuidado.....	1	2	3	4	5	6	7	0
b. La calidad del tratamiento que Ud. recibe.....	1	2	3	4	5	6	7	0
c. El personal médico prestando atención a lo que Ud. dice.....	1	2	3	4	5	6	7	0
d. El espacio para estacionar.....	1	2	3	4	5	6	7	0
e. Las respuestas a sus preguntas....	1	2	3	4	5	6	7	0

f.	El esfuerzo de los empleados en hacer su visita agradable y confortable.....	1	2	3	4	5	6	7	0
g.	El horario en que está abierto al público.....	1	2	3	4	5	6	7	0
h.	La facilidad con que surte sus recetas.....	1	2	3	4	5	6	7	0
i.	La calidad de las exámenes que Ud. recibe.....	1	2	3	4	5	6	7	0
j.	La facilidad de comunicarse por teléfono con el personal médico cuando tiene problemas.....	1	2	3	4	5	6	7	0
k.	La facilidad de hablar por teléfono con su médico de atención primaria.....	1	2	3	4	5	6	7	0
l.	Lo completo y detallado de los diagnósticos.....	1	2	3	4	5	6	7	0
m.	La simpatía y la cortesía que demuestran las recepcionistas.....	1	2	3	4	5	6	7	0
n.	La facilidad de ver al doctor o enfermera que Ud. elige.....	1	2	3	4	5	6	7	0
o.	Las explicaciones sobre las medicinas que le recetan.....	1	2	3	4	5	6	7	0
p.	El acceso a un especialista cuando Ud. lo necesita.....	1	2	3	4	5	6	7	0
q.	Las explicaciones de los procedimientos médicos y los resultados de los análisis.....	1	2	3	4	5	6	7	0
r.	El tiempo que tiene que esperar en la sala de espera.....	1	2	3	4	5	6	7	0
s.	La espera en el cuarto de consulta antes de ser visto/a por su doctor o enfermera.....	1	2	3	4	5	6	7	0
t.	La simpatía y la cortesía que le demuestra su doctor o enfermera..	1	2	3	4	5	6	7	0

r.	La facilidad con que obtiene cuidado en el hospital cuando lo necesita.....	1	2	3	4	5	6	7	0
v.	Los consejos que recibe sobre como evitar enfermedades y permanecer sano/a.....	1	2	3	4	5	6	7	0
w.	La facilidad con que obtiene cuidado médico en una emergencia.....	1	2	3	4	5	6	7	0
x.	La simpatía y cortesía que le demuestran las enfermeras y otros miembros del personal médico.....	1	2	3	4	5	6	7	0

11. Por cada uno de los siguientes aspectos, ¿Ud cree que el cuidado de salud que recibe se podría **mejorar mucho, un poco, no mucho, o no se necesita mejorar?**

(Elija un número por cada línea)

	<u>Es necesario mejorar mucho</u>	<u>Es necesario mejorar algo</u>	<u>No es necesario mejorar mucho</u>	<u>No es necesario mejorar</u>	<u>No se refiere a mi</u>
a. La facilidad de elegir su doctor u otro profesional médico.....	1	2	3	4	0
b. La facilidad de obtener el tratamiento que Ud. necesita..	1	2	3	4	0
c. La comunicación entre el personal médico (doctores, enfermeros/as, etc) que lo/a atienden.....	1	2	3	4	0
d. Los servicios disponibles diseñados para cubrir sus necesidades.....	1	2	3	4	0
e. Avisos para recordarle o alentarlo/a a que use servicios preventivos (tales como tomar la presión, mamogramas,etc.).	1	2	3	4	0
f. El tiempo que tiene que esperar para que le autoricen los servicios de salud.....	1	2	3	4	0
g. El tiempo que le lleva obtener una cita con un especialista cuando Ud. lo necesita.....	1	2	3	4	0

12. ¿Como califica Ud....

(Elija un numero por cada línea)

	<u>Muy malo/a</u>	<u>Malo/a</u>	<u>Más o menos</u>	<u>Bueno/a</u>	<u>Muy bueno/a</u>	<u>Exelente</u>	<u>Lo mejor</u>	<u>No se refiere a mi</u>
a. La tranquilidad y apoyo que le ofrecen los médicos y el personal.....	1	2	3	4	5	6	7	0
b. La facilidad con que puede hacer sus citas por teléfono.....	1	2	3	4	5	6	7	0
c. Qué tan bien le informa su doctor, enfermera, u otro profesional médico sobre los costos de su cuidado.....	1	2	3	4	5	6	7	0
d. El tiempo que Ud. tiene que esperar desde que hace su cita para el cuidado de rutina y el día de su visita.....	1	2	3	4	5	6	7	0

12. ¿Como califica Ud....

(Elija un numero por cada línea)

	<u>Muy malo/a</u>	<u>Malo/a</u>	<u>Más o menos</u>	<u>Bueno/a</u>	<u>Muy bueno/a</u>	<u>Exelente</u>	<u>Lo mejor</u>	<u>No se refiere a mi</u>
e. El número de doctores y otros profesionales médicos que Ud. puede elegir.....	1	2	3	4	5	6	7	0
f. El tiempo que Ud. tiene con los doctores y el personal durante su visita.....	1	2	3	4	5	6	7	0
g. La capacitación, la habilidad y la experiencia de los/as enfermeros/as.	1	2	3	4	5	6	7	0
h. El interés de su doctor, enfermera, u otro profesional médico por su salud mental y su bienestar emocional.....	1	2	3	4	5	6	7	0
i. Los materiales educativos o programas para mejorar su salud.....	1	2	3	4	5	6	7	0
j. El alcance de los chequeos rutinarios y los exámenes físicos.....	1	2	3	4	5	6	7	0
k. La facilidad con que se completan los análisis del laboratorio y de radiología que le ordena su doctor.....	1	2	3	4	5	6	7	0
l. La facilidad con que obtiene una recomendación para un especialista.....	1	2	3	4	5	6	7	0
m. La facilidad con que obtiene una recomendación para un especialista en salud mental.....	1	2	3	4	5	6	7	0
n. El ambiente de la oficina (limpieza, confort, claridad, temperatura) donde Ud. obtiene cuidado médico.....	1	2	3	4	5	6	7	0
o. Que tanto satisface sus necesidades el cuidado que Ud. recibe.....	1	2	3	4	5	6	7	0
p. La calidad en general de los cuidados y servicios que brinda su grupo médico.....	1	2	3	4	5	6	7	8

13. **En los últimos 6 meses**, ¿cuántas veces en total usó Ud. los "servicios fuera de horario de atención al público o los servicios de urgencia" de su grupo médico?

(Elija una respuesta)

- Ni una vez 1
- 1 vez..... 2
- 2 veces..... 3
- De 3 a 5 veces 4
- 6 veces o más..... 5

14. ¿Tiene planes de cambiarse a otro **grupo médico** en cuanto tenga la oportunidad?

(Elija una respuesta)

- Si, definitivamente..... 1
- Probablemente si 2
- Probablemente no..... 3
- Definitivamente no..... 4

15. ¿Cuál es el nombre de su aseguranza o seguro médico (por ejemplo, Health Net, CIGNA, etc.)?

16. ¿Por cuánto tiempo ha estado Ud. inscripto dentro de este plan?

(Elija una respuesta)

- Menos de un año..... 1
- De 1 a 2 años..... 2
- De 3 a 5 años..... 3
- Por más de 5 años 4

Su plan de aseguranza o seguro médico
Las preguntas siguientes se refieren a su aseguranza o seguro médico. Cuando hablamos de aseguranza o seguro médico nos referimos al seguro de salud que le brindan en su trabajo, el trabajo de su esposo/a o el trabajo de sus padres. También nos referimos al seguro que Ud. u otra persona haya comprado para Ud. Teniendo en mente su aseguranza médica, ¿cómo califica Ud. los siguientes aspectos?

17. ¿Cómo califica Ud... (Elija un número para cada línea)

	<u>Muy malo/a</u>	<u>Malo/a</u>	<u>Más o menos</u>	<u>Bueno/a</u>	<u>Muy bueno/a</u>	<u>Exelente/ Buenísima</u>	<u>Lo mejor</u>	<u>No se refiere a mí</u>
a. La variedad de servicios que cubre su plan	1	2	3	4	5	6	7	0
b. Que tan bien le informa su plan sobre los costos de su cuidado	1	2	3	4	5	6	7	0
c. Cuanto cubre su seguro por el cuidado preventivo	1	2	3	4	5	6	7	0
d. El costo total que Ud. paga (incluyendo los pagos mensuales, pagos compartidos, y la cantidad deducible) por el cuidado que Ud. recibe	1	2	3	4	5	6	7	0
e. Lo fácil que es completar los formularios y otros papeles	1	2	3	4	5	6	7	0
f. Hasta que punto las visitas por enfermedad, los tratamientos y las hospitalizaciones están cubiertas por su seguro	1	2	3	4	5	6	7	0
g. Cuanto cubre su seguro por servicios suplementarios (por ejemplo, ejercicios terapéuticos, quiropráctica)	1	2	3	4	5	6	7	0
h. Cuanto cubre su seguro por los servicios para el cuidado de la salud mental	1	2	3	4	5	6	7	0
i. La calidad general de los servicios que brinda su plan de aseguranza o seguro médico	1	2	3	4	5	6	7	0

18. ¿Ha tenido Ud. algún problema con alguna de las siguientes cosas al tratar de conseguir que los servicios fueran cubiertos por su aseguranza o seguro médico? Si su respuesta es si, ¿qué tan grande ha sido su problema?

(Elija un número por cada línea)

	Si, ha sido un gran problema	Si, ha sido un problema pequeño	No, no ha sido un problema	No sé
a. Confusión sobre que servicios cubre su <u>aseguranza o seguro médico</u>	1	2	3	0
b. Tratamientos o servicios que su doctor recomienda pero que no son aprobados por su <u>aseguranza</u>	1	2	3	0
c. Confusión sobre el papeleo que se tiene que hacer para obtener el <u>tratamiento</u>	1	2	3	0
d. Ha tenido que pagar por servicios que no han sido aprobados por su <u>aseguranza o seguro médico</u>	1	2	3	0

19. ¿Tiene planes de cambiar de aseguranza o seguro médico en cuanto tenga una oportunidad?

(Elija una respuesta)

- Si, definitivamente1
- Probablemente si.....2
- Probablemente no.....3
- Definitivamente no.....4

La Salud Y Las Actividades Diarias
Esta sección le pregunta sobre su salud en este momento y sus actividades diarias actuales. Por favor trate de contestar cada pregunta lo más exactamente posible.

20. En general, Ud. diría que su salud es :

(Elija una respuesta)

- Exelente/Buenísima.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

21. Las siguientes cosas se refieren a actividades que Ud. podría realizar en un día típico/común. ¿Se siente Ud. limitado en cualquiera de estas actividades? Si su respuesta es si, ¿cuánto?

(Elija un número por cada línea)

Actividades	Si, Estoy Muy Limitado/A	Si, Estoy Un Poco Limitado/A	No Estoy Limitado/A En Absoluto
a. <u>Actividades pesadas</u> , como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes rigurosos	1	2	3
b. <u>Actividades moderadas</u> , como mover una mesa, empujar la aspiradora, jugar boliche o golf lavar el auto, cortar el sacate/pasto/yarda	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas del mercado	1	2	3
d. Subir <u>varios</u> tramos de escalera	1	2	3
e. Subir <u>un</u> tramo de escalera	1	2	3
f. Hincarse, arrodillarse, o agacharse	1	2	3
g. Caminar <u>más de una milla</u>	1	2	3
h. Caminar <u>varias cuadras</u>	1	2	3
i. Caminar <u>una cuadra</u>	1	2	3
j. Bañarse y vestirse	1	2	3

22. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido Ud. alguno de los problemas siguientes con su trabajo u otra actividad diaria a causa de su salud física?

(Elija un número por cada línea)

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. ¿Tuvo que reducir la cantidad de tiempo que Ud. pasó trabajando o en otras actividades	1	2
b. ¿ Pudo hacer menos de lo que hubiera querido	1	2
c. ¿Estuvo limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades	1	2
d. ¿Tuvo dificultad al hacer el trabajo u otra actividad (por ejemplo, le llevó más tiempo)?	1	2

23. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido Ud. alguno de los problemas siguientes con su trabajo u otras actividades regulares a causa de algún problema emocional (como estar deprimido/a o ansioso/a)?

(Elija un número por cada línea)

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. ¿Tuvo que reducir Ud. el tiempo que pasa trabajando o en otras actividades?	1	2
b. ¿ Pudo completar menos de lo que hubiera querido?	1	2
c. ¿No hizo el trabajo u otras actividades con el cuidado con que lo hace normalmente?	1	2

24. En las últimas 4 semanas, ¿en que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con sus familiares, amistades, vecinos, o grupos?

(Elija una respuesta)

Nada en absoluto.....1
Ligeramente.....2
Medianamente.....3
Bastante.....4
Extremadamente.....5

25. ¿Cuánto dolor en el cuerpo ha tenido Ud. en las últimas 4 semanas?

(Elija una respuesta)

Ningún dolor.....1
Un dolor muy leve.....2
Un dolor leve.....3
Un dolor moderado.....4
Un dolor fuerte.....5
Un dolor muy fuerte.....6

26. En las últimas 4 semanas, ¿en que medida ha dificultado su trabajo normal (incluyendo su, el trabajo fuera de la casa y el quehacer de la casa) el dolor que siente?

(Elija una respuesta)

Nada en absoluto.....1
Ligeramente.....2
Medianamente.....3
Bastante.....4
Extremadamente.....5

27. En las últimas 4 semanas, ¿por cuánto tiempo le ha causado problemas su salud física o sus problemas emocionales en sus actividades sociales (como visitar sus amistades, familiares, etc.)?

(Elija una respuesta)

Todo el tiempo.....1
Casi todo el tiempo.....2
Algunas veces.....3
Muy pocas veces.....4
Ni una vez.....5

28. ¿Qué tan VERDADERAS o FALSAS son para Ud. cada una de las declaraciones siguientes?

(Elija un número por cada línea)

	<u>Es Verdad</u>	<u>Es Verdad Por La Mayor Parte</u>	<u>No Se</u>	<u>Es Falso Por La Mayor Parte</u>	<u>Es Falso</u>
a. Parece que me enfermo con más facilidad que otras personas	1	2	3	4	5
b. Yo soy tan sano/a como otras personas que conozco	1	2	3	4	5
c. Yo espero que mi salud empeore	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente/buenísima	1	2	3	4	5

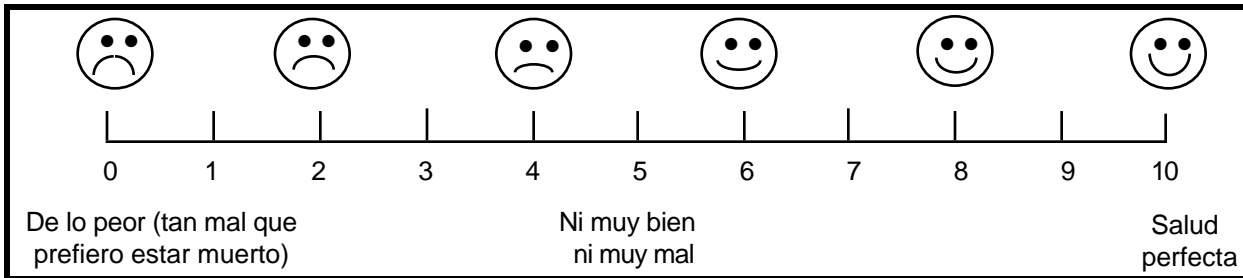
Lo que Ud. siente
Estas preguntas son acerca de como se siente Ud. y de como le han ido sus cosas en las últimas cuatro semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerque al modo en que Ud. se ha estado sintiendo.

29. ¿Por cuánto tiempo en las últimas 4 semanas:

(Elija un número por cada línea)

	<u>Todo El Tiempo</u>	<u>La Mayor Parte Del Tiempo</u>	<u>Gran Parte Del Tiempo</u>	<u>Parte Del Tiempo</u>	<u>Muy Poco Del Tiempo</u>	<u>Ni Una Vez</u>
a. ¿Se sintió lleno/a de fuerza?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Se ha sentido Ud. muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. Se ha sentido Ud tan decaído/a que nada podía alegrarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se ha sentido Ud. calmado/a y en paz?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Ha tenido Ud. mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se ha sentido desganado/muy cansado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

30. En general, ¿cómo calificaría su salud? (Elija un sólo número)



31. ¿A comparación con el año pasado, cómo calificaría en general su salud en este momento?

(Elija una sola respuesta)

- Mucho mejor ahora que el año pasado.....1
- Algo mejor ahora que el año pasado.....2
- Más o menos igual que el año pasado.....3
- Algo peor que el año pasado.....4
- Mucho peor que el año pasado.....5

32. ¿Le ha tomado la presión un profesional médico en algún momento en los últimos 2 años?

(Elija una respuesta)

- No.....1
- Si.....2
- No sé.....3

33. ¿Se ha hecho medir por un profesional el colesterol en la sangre en algún momento en los últimos 5 años?

(Elija una respuesta)

- No.....1
- Si.....2
- No sé.....3

Informacion Personal

Las preguntas siguientes nos ayudarán a tener representadas en este estudio las opiniones de distintas personas.

34. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

Escriba los años que cumplió:

--	--

35. ¿Es Ud. hombre o mujer?

(Elija una respuesta)

- Hombre.....1
- Mujer.....2

36. ¿Qué se considera usted? (Como se describe a sí mismo/a)

(Elija una respuesta)

- Afro-americano o negro.....1
- Hispano o Latino.....2
- Nativo americano o indio americano.....3
- Asiático o isleño del Pacífico.....4
- Blanco o caucásico.....5
- Otro.....6
- (Por favor especifique:_____)

37. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que Ud. ha completado?

(Elija una respuesta)

- 8º grado o menos.....1
- Algo de escuela secundaria.....2
- Graduado/a de la escuela secundaria o GED.....3
- Escuela técnica o algo de universidad.....4
- Graduado/a de la universidad.....5
- Profesional o título de posgrado.....6

38. Contándose a sí mismo/a, ¿cuántas personas viven en su casa o apartamento? Por favor incluya adultos, bebés, y niños/as que habitualmente viven con Ud?

Número de personas:

--	--

39. Actualmente Ud. está...

(Elija una respuesta)

- Casado/a y viviendo con su esposo/a.....1
- Casado/a pero separado/a de su esposo/a.....2
- Divorciado/a.....3
- Viudo/a.....4
- Nunca estuvo casado/a.....5
- Viviendo en Unión libre.....6

40. ¿Qué tipo de aseguranza médica tiene Ud.? **(Elija todo lo que se refiera a Ud.)**

- Ninguna.....1
- Medicare.....2
- Medicaid.....3
- Aseguranza o seguro médico particular, seguro médico con pago de cuota (ej. Prudential).....4
- HMO.....5
- PPO o IPA u otro plan pre-pagado.....6
- Otro.....7

41. ¿Cuál fue su ingreso total en 1993 (considerando todas las entradas como por ejemplo el dinero que recibe del gobierno para sus hijos, por estar desempleado, o por estar inhabilitado, o el seguro social) (Por favor recuerde que sus respuestas son confidenciales).

(Marque una respuesta)

Menos de \$5,000.....	1
Entre \$5,000 y \$9,999.....	2
Entre \$10,000 y 19,999.....	3
Entre \$20,000 y 39,999.....	4
Entre \$40,000 y 74,999.....	5
Entre \$75,000 y 99,999.....	6
\$100,000 o más.....	7
No sé.....	8

42. Para mujeres solamente (Los hombres continúan en la pregunta N° 43):

(Marque un número por cada línea)

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. ¿Está Ud. embarazada?	1	2
b. ¿Se ha hecho un papanicolau en algún momento en los últimos 3 años?	1	2
c. ¿Le han hecho un mamograma un profesional médico en algún momento en los últimos 2 años?	1	2

Enfermedades

43. ¿Le ha dicho un doctor alguna vez que Ud. tiene alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque un número por cada línea)

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. Hipertensión (también conocida como alta presión o alta tensión)	1	2
b. Infarto al miocardio (ataque al corazón)	1	2
c. Insuficiencia cardíaca congestiva (insuficiencia cardíaca o el corazón más grande de lo normal)	1	2
d. Diabetes (alta cantidad de azúcar en la sangre)	1	2
e. Angina	1	2
f. Cancer (con la excepción de cancer de piel)	1	2
g. Migrania	1	2
h. Cataratas	1	2
i. Glaucoma	1	2
j. Degeneramiento macular	1	2

44. ¿Tiene Ud. en este momento alguna de las enfermedades siguientes?

(Marque un número por cada línea)

	Si	No
a. Alergias crónicas o problemas de sinusitis	1	2
b. Alergias de temporada como la fiebre del heno	1	2
c. Artritis u otra clase de reumatismo	1	2
d. Ciática o dolor de espalda crónico	1	2
e. Problemas de la vista (aún con anteojos o lentes de contacto)	1	2
f. Enfermedad crónica del pulmón (como bronquitis crónica, asma o enfisema)	1	2
g. Problema del hígado (como piedras o cálculos, cirrosis, ictericia o hepatitis)	1	2
h. Dermatitis u otra irritación crónica de la piel	1	2
i. Problemas del estómago (como indigestión frecuente o úlceras)	1	2
j. Sordera u otro problema para oír en uno o en ambos oídos	1	2
k. Problemas del riñón (como piedras o cálculos o infecciones)	1	2
l. Uso limitado de un brazo o una pierna (le falta, está paralizado/a o débil)	1	2
m. Visión difusa (empañada) (aún con anteojos o lentes de contacto)	1	2
n. Epilepsia u otra enfermedad con convulsiones	1	2
o. Problemas de tiroides	1	2
p. <u>Para hombres solamente:</u> problemas de la próstata	1	2
q. <u>Para mujeres solamente:</u> pérdida de sangre anormal (en la vagina)	1	2

45. ¿Qué día es hoy?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Día			Ano	

46. ¿Cuántos minutos le llevó llenar este cuestionario?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
minutos	

Muchas Gracias por completar este cuestionario

Por favor envíe el cuestionario completo en el sobre que le proporcionamos dirigido a:
