



## Encuesta antes del programa

### Vivir bien con condiciones crónicas/Vivir bien con diabetes u otros programas en el paquete Stanford

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

Identificación del participante (primeras dos letras de su primer nombre, primeras dos letras de su apellido, últimos dos número de su año de nacimiento): \_ \_ \_ \_ \_

1. ¿Su médico u otro proveedor de atención médica le sugirió que tomara este programa?  
 Sí  No

2. ¿De qué sistema de salud recibe sus servicios de atención primaria de salud? (Por favor elija SOLO UN sistema al que acceda con más frecuencia):

- Mayo Clinic
- HealthPartners Inc.
- Fairview Health Services
- Allina Health
- Essentia Health
- CentraCare
- Hennepin Healthcare
- North Memorial Health
- University of Minnesota Physicians
- St. Luke's Regional Healthcare System
- Lake Region Healthcare
- Carris Health
- Sanford Health
- Gundersen Health System
- No lo sé
- Otro \_\_\_\_\_

### Formulario 3

3. ¿Cómo se enteró de esta clase?

- Médico o un miembro del equipo de atención médica     Coordinador de salud  
 Aseguradora     Familiar/amigo     Organización comunitaria  
 Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos años tiene hasta el día de hoy? \_\_\_\_\_ años

5. Usted es:

- Hombre     Mujer

6. ¿Es de origen hispano, latino o español?

- Sí     No

7. ¿Cuál es su raza? **Elija todas las que sean necesarias.**

- Nativo estadounidense o nativo de Alaska     Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  
 Asiático     Blanco  
 Negro o afroestadounidense

8. ¿Es sordo o sufre alguna dificultad auditiva?

- Sí     No

9. ¿Es ciego o sufre alguna dificultad grave para ver, incluso con gafas?

- Sí     No

10. ¿Vive solo?

- Sí     No

11. ¿Cuál es su mayor grado de estudios?

- Primaria, secundaria o preparatoria     Parte de la universidad o escuela técnica  
 Graduado de preparatorio o GED     4 o más años de universidad

12. Ha servido en el ejército?

- Sí     No

13. Durante el último año, ¿proporcionó atención o asistencia regular a un amigo o familiar que sufra un problema de salud a largo plazo o discapacidad?

- Sí     No

14. En general, diría que su salud es:

- Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

### Formulario 3

15. ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que sufre alguna de las siguientes condiciones crónicas (es decir, una que haya durado más de tres meses)?

**(Elija todas las que sean necesarias)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis/enfermedad reumática                              | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión sanguínea alta)      |
| <input type="checkbox"/> Asma/efisema/otro problema crónico pulmonar o respiratorio | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer                           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (baja densidad ósea)          |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico  | <input type="checkbox"/> Obesidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Depresión o desórdenes de ansiedad                         | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia u otro desorden psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta en la sangre)                        | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> Otra condición crónica: _____              |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Ninguna (sin condiciones crónicas)         |

16a. Debido a una condición física, mental o emocional ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí                       No

16b. Debido a una condición física, mental o emocional ¿tiene alguna dificultad grave para caminar o subir las escaleras, vestirse o bañarse o hacer actividades solo, como visitar el consultorio o ir de compras?

- Sí                       No

17. ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras?

- Sí                       No

18. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí                       No

19. ¿Con que frecuencia se siente solo o aislado de las personas alrededor de usted?

- Sí                       No

20. ¿Qué tan seguro está ahora de su capacidad para manejar su(s) condición(es) crónica(s)?

- |             |   |   |   |   |   |   |   |                       |    |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|----|
| Nada seguro |   |   |   |   |   |   |   | Extremadamente seguro |    |
| 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9                     | 10 |

21. En general, diría que mi sensación de bienestar es:

- Excelente               Muy buena               Buena               Regular               Mala

22. Proporcione cualquier otra información que le gustaría supiéramos:

---

---