

Caminos de Salud NM: Técnicas para Vivir Mejor

Stanford Programas de Auto-Manejo



Información de Participante

ID del participante

(Primeras dos letras de su nombre, primeras dos letras de su apellido, y últimos dos números del año de nacimiento)

1	¿Cuántos años tiene? _____ años
2	¿Es <input type="radio"/> Hombre or <input type="radio"/> Mujer ?
3	¿Es Hispano/a, Latino/a o de origen Español? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
4	¿Cuál es su raza? (Marque todos lo que correspondan) <input type="radio"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="radio"/> Blanco
5	Alguna vez un proveedor de atención de la salud le dijo que tiene algunas de las siguientes condiciones crónicas? (Marque todos lo que correspondan) <input type="radio"/> Artritis/enfermedad reumática <input type="radio"/> Asma/enfisema/Otro problema crónico respiratorio o pulmonar <input type="radio"/> Cáncer o sobreviviente de cáncer <input type="radio"/> Dolor crónico <input type="radio"/> Depresión o desórdenes de ansiedad <input type="radio"/> Diabetes (Elevado azúcar en la sangre) <input type="radio"/> Enfermedad del corazón <input type="radio"/> Colesterol elevado <input type="radio"/> Hipertensión (Presión alta) <input type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> Osteoporosis (Baja densidad de los huesos) <input type="radio"/> Obesidad <input type="radio"/> Esquizofrenia u otro trastorno psicótico <input type="radio"/> Ataque al corazón <input type="radio"/> Otra condición crónica _____ <input type="radio"/> Ninguna (Sin condiciones crónicas)
6	Durante el último año, ¿atendió o ayudó regularmente a un amigo o familiar que padecía un problema de salud o discapacidad de largo plazo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
7	¿Es sordo o tiene dificultad para oír? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
8	¿Es ciego o tiene dificultad para ver, incluso con lentes? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
9	Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para caminar o subir escaleras, bañarse o vestirse, o hacer mandados solo, como ir al consultorio del médico o de compras? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
10	¿Vive solo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Información de Participante

11 ¿Cuál es el último grado o año de escuela que completó?

- Parte de la escuela primaria, intermedia, secundaria, o preparatoria
- Graduado de escuela secundaria (preparatoria) o el equivalente (GED)
- Parte de la universidad o la escuela técnica
- 4 años o más de la universidad

12 En general, diría que su estado de salud es:

- Excelente
- Muy bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

13 ¿Su médico u otro proveedor de atención de la salud le sugirieron que realizara este programa?

- Sí
- No

A completar en la última sesión del programa

14 Después de este taller, tengo más confianza de que podré manejar mis condiciones crónicas.

Marque con un círculo el número que mejor coincida con su nivel de confianza.

(Nada de confianza) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mucha confianza)

DECLARACIÓN DE LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una encuesta de información a menos que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta encuesta de información es 0985-0036. El tiempo necesario para completar esta encuesta de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluidos el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos existentes, la recolección de datos necesarios, y el completado y la revisión de la encuesta de información. Si tiene inquietudes acerca de la precisión de la estimación de tiempo o tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: **Administration for Community Living, 300 C Street SW, Washington, D.C. 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.**