

# Cuestionario Cuidado de la Salud



## TRIAD

Translating Research Into Action for Diabetes

Las agencias <HP> están participando con los Centros de Control de Enfermedades (Centers for Disease Control) en un estudio nacional para mejorar la calidad del cuidado de salud dado a personas con diabetes. Como parte de ese proyecto, se ha obtenido información de miembros que pertenecen a <HP> para saber más sobre su salud y el tipo de cuidado que ellos reciben. Nos damos cuenta que hay muchas preguntas, pero la información es muy importante. Esta será usada como ayuda para diseñar métodos nuevos que mejoren el estilo de cuidado médico que se da a personas con diabetes.

No hay ni buenas ni malas respuestas. Nosotros estamos interesados **en sus experiencias**, por favor conteste cada pregunta honestamente. **Todas las respuestas que Ud. dé se mantendrán privadas**. Esto se debe a que al estudio se le ha otorgado un Certificado Confidencial. Esto quiere decir que cualquier cosa que tenga que decirnos no se tendrá que dar a nadie, aún si el juzgado nos ordenara hacerlo, a menos que Ud. diga que esta bien. Cuando Ud. complete el cuestionario, por favor regréselo en el sobre adjunto el cual tiene el destinatario ya estampado. De antemano muchas gracias por su ayuda.

### Direcciones

Léa cada una de las preguntas cuidadosamente y marque el cuadro que más cercanamente refleje su experiencia. Dependiendo de sus respuestas, tal vez se le indique que brinque algunas de las preguntas de este estudio.

### EJEMPLO:

1. ¿Qué tan importantes son mis respuestas para este estudio?

- Extremadamente importante
- Algo importante
- Importante

1. Es Ud. actualmente un miembro de <HP>?

- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No (*Si no, esta encuesta ya está completa. Por favor regréselo en el sobre adjunto.*)
2. ¿Es <HP> la principal fuente para su cuidado medico?
- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No (*Si no, esta encuesta ya está completa. Por favor regréselo en el sobre adjunto*)
3. Un doctor o un profesional de la salud ¿le ha dicho **alguna vez** que Ud. tenia diabetes, también conocido como diabetes de azúcar o altos niveles de azúcar en la sangre?
- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No (*Si no, esta encuesta ya está completa, Por favor regrese el estudio en el sobre proveído.*)
4. SI UD. ES MUJER: Si alguna vez ha estado embarazada, ¿Tuvo diabetes solamente durante el embarazo?
- <sub>1</sub> Sí (*Si contesto que sí, esta encuesta ya está completa. Por favor regrese el estudio en el sobre adjunto.*)  
 <sub>2</sub> No estoy seguro/a (*Si contesto que no estoy seguro/a, esta encuesta ya está completa. Por favor regrese el estudio en el sobre adjunto.*)  
 <sub>3</sub> No
5. SI UD. ES MUJER: ¿Actualmente esta Ud. embarazada?
- <sub>1</sub> Sí (*Si contesto que sí, esta encuesta ya está completa. Por favor regrese el estudio en el sobre adjunto.*)  
 <sub>2</sub> No estoy seguro/a (*Si contesto que no estoy seguro/a, esta encuesta ya está completa. Por favor regrese el estudio en el sobre adjunto.*)  
 <sub>3</sub> No
6. ¿Actualmente tiene Ud. diabetes?
- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No (*Si no, esta encuesta ya está completa. Por favor regrese el estudio en el sobre adjunto.*)
7. ¿Cómo cuántos años tenia Ud. cuando le dijeron por primera vez que Ud. tenia diabetes? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (*mes/dia/año*)  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es su género?
- <sub>1</sub> Masculino       <sub>2</sub> Femenino
10. ¿Qué tan alto/a es Ud. sin sus zapatos? \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

\*Nacional Center for Health Statistics. [Health, United States, 2000](#). Hyattsville, Maryland: Public Health Service. 2000

11. ¿Cuánto pesa Ud. sin ropa? \_\_\_\_\_ libras

\*Nacional Center for Health Statistics. [Health, United States, 2000](#). Hyattsville, Maryland: Public Health Service. 2000

12. Actualmente ¿cómo maneja o controla su diabetes?

**INDIQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN**

- <sub>1</sub> Con dieta y/o ejercicios solamente  
 <sub>2</sub> Tomando medicamentos  
 <sub>3</sub> Inyecciones de insulina  
 <sub>4</sub> Con una bomba que suministra insulina  
 <sub>5</sub> Otro (por favor escribalos) \_\_\_\_\_

13. Si Ud. usa inyecciones de insulina, ¿cuántas veces al día toma Ud. usualmente su insulina?

- <sub>1</sub> Una vez al día  
 <sub>2</sub> Dos veces al día  
 <sub>3</sub> Tres veces al día  
 <sub>4</sub> Más de tres veces al día  
 <sub>5</sub> YO NO USO INSULINA

14. De la siguiente lista, por favor indique si su doctor actual o cualquier otro proveedor de cuidados médicos (tales como educadores en temas de diabetes o enfermeros/as) en la oficina de su doctor le han explicado, enseñado o le han dado información acerca de lo siguiente:

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
			<sub>1</sub>
<sub>2</sub>			
<sub>3</sub>			
A. ¿Cómo cuidar sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Qué hacer con los síntomas de niveles bajos de azúcar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Cómo hacer ejercicios apropiadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Cuál es el número adecuado del nivel de azúcar en su sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Cómo ajustar su medicamento para la diabetes en respuesta a los niveles de azúcar en la sangre en los días de enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS F Y G SI UD. ES UNA MUJER ENTRE LOS 18 Y 45 AÑOS DE EDAD:**

F. ¿Ha hablado con usted su actual proveedor de cuidado médico acerca de la importancia de un buen control del azúcar en la sangre antes de quedar embarazada?

- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No  
 <sub>3</sub> No estoy seguro/a

G. ¿Ha hablado con usted su actual proveedor de cuidado médico acerca de usar control de

la natalidad o planeación familiar hasta que logre un buen control sobre su azúcar en la sangre?

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No  
<sub>3</sub> No estoy seguro/a

15. ¿Se prueba Ud. los niveles de azúcar en la sangre en casa?

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No (*Si no, pase a la pregunta 19.*)

16. ¿Cuántos días a la semana se prueba el azúcar de su sangre?

- 1 2 3 4 5 6 7

17. Cuando Ud. se hace la prueba del azúcar en la sangre, usualmente ¿cuantas veces al día se hace el examen?

- 1 2 3 4 o más

**Basado en los resultados de sus pruebas de azúcar en la sangre hechas en casa, ¿hace usted algo de lo siguiente:**

A. ¿Cambia la dosis o el tiempo en que usa la insulina según la vaya necesitando? (**Si no usa la insulina, pase a la pregunta B.**)

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No  
<sub>3</sub> No estoy seguro/a

B. ¿Cambia sus alimentos o los hábitos de comida?

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No  
<sub>3</sub> No estoy seguro/a

C. ¿Cambia el tiempo y la frecuencia de sus ejercicios?

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No  
<sub>3</sub> No estoy seguro/a

D. ¿Anota para su proveedor de cuidado médico los valores de glucosa que resultan de sus observaciones hechas en casa?

- <sub>1</sub> Sí  
<sub>2</sub> No  
<sub>3</sub> No estoy seguro/a

18. Durante el año pasado, ¿qué tan a menudo su doctor o algún otro profesional del cuidado para la salud le revisó los resultados de sus pruebas hechas en casa del azúcar en la sangre o en la orina?
- <sub>1</sub> En todas las visitas
  - <sub>2</sub> En la mayoría de las visitas
  - <sub>3</sub> Cuando menos en una de las visitas
  - <sub>4</sub> En ninguna de las visitas
  - <sub>5</sub> No estoy seguro/a
19. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de ojos en el cual las pupilas estaban dilatadas? (gotas en los ojos que los hacen sensitivos en la luz muy brillante)
- <sub>1</sub> Durante los últimos 12 meses
  - <sub>2</sub> Más de un año pero menos de dos
  - <sub>3</sub> Más de dos años
  - <sub>4</sub> Nunca
  - <sub>5</sub> No estoy seguro/a
20. Durante el último año, ¿qué tan frecuente su doctor o algún otro profesional de la salud examinó sus pies sin los calcetines puestos?
- <sub>1</sub> En todas las visitas
  - <sub>2</sub> En la mayoría de las visitas
  - <sub>3</sub> Cuando menos en una de las visitas
  - <sub>4</sub> En ninguna de las visitas
  - <sub>5</sub> No estoy seguro/a
21. Cuándo fue la última vez que un doctor o un profesional de la salud probó la sensibilidad de sus pies o piernas tocándolos con un mono filamento (éste parece un pedazo pequeño de hilo de pescar)?
- <sub>1</sub> Durante los últimos 12 meses
  - <sub>2</sub> Más de un año pero menos de 2 años
  - <sub>3</sub> Más de 2 años
  - <sub>4</sub> Nunca
  - <sub>5</sub> No estoy seguro/a
22. ¿Su doctor o algún otro profesional de la salud le ha dicho que tome aspirina regularmente para disminuir los riesgos de desarrollar una enfermedad del corazón o un ataque?
- <sub>1</sub> Sí
  - <sub>2</sub> No
  - <sub>3</sub> No estoy seguro/a
23. ¿Obtuvo Ud. una inyección contra la gripe en los últimos 12 meses?
- <sub>1</sub> Sí

No (*Si no, pase a la pregunta 24.*)

23A. → *Si contesto sí*, ¿obtuvo Ud. la inyección contra la gripe por medio de su plan médico?

Sí

No

No estoy seguro/a

24. En el año pasado, ¿ha fumado Ud. cigarrillos todos los días, algunos días, o para nada?

Todos los días

Algunos días

No he fumado para nada (*Si no ha fumado para nada, pase a la pregunta 28.*)

25. ¿Fue Ud. aconsejado por un doctor o un profesional de salud para que dejara de fumar?

Sí

No (*Si no, pase a la pregunta 28.*)

26. ¿Ha sido Ud. enviado a un programa para dejar de fumar por un doctor o un profesional de la salud?

Sí

No

27. ¿El doctor o un profesional de la salud le ha recomendado o prescrito medicamentos para ayudarle a dejar de fumar?

Sí

No

28. Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido de la oficina de su doctor o de su plan de seguro médico *alguno de los siguientes tipos de información relacionados con la diabetes?*

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy</u>
	1	2	3
A. ¿Materiales de Diabetes (eje. panfletos o hojas informativas audio cintas o videocintas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Recordatorios acerca de próximas citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Recordatorios de las fechas de cuando los servicios o exámenes relacionados con la diabetes están próximos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Una copia del laboratorio con los resultados relacionados con la diabetes después o durante las visitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Información acerca de educación sobre la diabetes (tales como grupos de apoyo o asesoramiento personal, servicios de consejos, o sitios en el Internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Duante los últimos meses, ¿**Ud. ha usado** cualquiera de los siguientes servicios o programas relacionados con la diabetes?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
	1	2
A. ¿ A un grupo de apoyo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿ Educación diabética personal o en grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Sitio en el Internet relacionado con la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Un record personal donde se mantiene la información sobre su diabetes (también se le conoce como pasaporte) para recordarle a Ud. o a su proveedor de la salud acerca de sus cuidados diabéticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿Alguna vez le han dicho su doctor o alguien en la oficina de su doctor que Ud. tiene alto colesterol o triglicéridos o lípidos elevados (substancia con grasa en la sangre)?

- <sub>1</sub>  Sí  
<sub>2</sub>  No

31. ¿Alguna vez le han dicho su doctor o alguien en la oficina de su doctor que Ud. ha tenido un ataque al corazón, una coronario o miocárdico?

- <sub>1</sub>  Sí  
<sub>2</sub>  No

32. ¿Alguna vez le han dicho su doctor o alguien en la oficina de su doctor que Ud. tuvo un ataque, accidente cerebro vascular, coágulo de sangre o hemorragia cerebral, o un ataque isquémico transitorio o “pequeño ataque cardíaco”?

- <sub>1</sub>  Sí  
<sub>2</sub>  No

33. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes procedimientos?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
	1	2	3
A. Una cirugía de desviación coronaria (bypass) o le han limpiado las arterias del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Angioplastia o una bomba para limpiar las arterias de su corazón o pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Amputación de un dedo, pie, o pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ Si sí, ¿Qué le fue amputado?

- <sub>1</sub>  Uno dedo o más, pero ningún pie  
<sub>2</sub>  Un pie (o pierna), pero no ambos pies  
<sub>3</sub>  Ambos pies (o piernas)

34. Durante las 4 SEMANAS PASADAS ¿Ud. ha experimentado lo siguiente?

	Todo el tiempo 1	La mayoría del tiempo 2	Algunas veces 3	Pocas veces 4	Nada durante ese tiempo 5
A. ¿Boca reseca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Tener que levantarse en la noche a orinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Orina frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Sed excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Visión borrosa o visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Ha disminuido la habilidad de sentir frío o calor con sus manos o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ¿Entumecimiento o pérdida de sensaciones en sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(SI TIENE AMBOS PIES AMPUTADOS, NO RESPONDA LAS PREGUNTAS G-J Y LAS 35)</i>					
H. ¿Sensaciones de cosquilleos o ardores en sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ¿Llagas o heridas en sus pies que no sanan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ¿Pies resecos o agrietados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿Ud. o alguien en su casa revisa todos los días sus pies por si hay llagas?

- 1  Sí  
2  No

36. ¿Su doctor o algún otro profesional de la salud le ha hablado a Ud. en caso que haya experimentado una disminución en sus intereses o funciones sexuales?

- 1  Sí  
2  No

**Question #37 to 45D** was obtained from the SF-12®HealthSurvey – <http://www.sf-36.org/copyright.shtml>. Permissions obtained at: Quality Metric, 640 George Washington Highway, Suite 201, Lincoln, RI 02865, Telephone: 401-334-8800 or email at [license@qualitymetric.com](mailto:license@qualitymetric.com)

**Las siguientes preguntas son acerca de los profesionales en la salud que Ud. ve y la calidad de servicios médicos que Ud. recibe por medio de su plan de salud.**

46. Un doctor personal o enfermera es un proveedor de cuidados médicos que mejor lo conoce a Ud. Este puede ser un doctor general, un doctor especialista, un enfermero/a profesional, o un asistente médico. Cuando Ud. se unió a su plan médico o en cualquier otro momento Ud. eligió a un doctor personal o enfermero/a nuevo/a?

<sub>1</sub> Sí

<sub>2</sub> No (*Si no, pase a la pregunta 48.*)

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

47. ¿Con las opciones que su plan medico le dio, que tan problemático fue, si es que fue así, escoger a un doctor personal o a un/a enfermero/a con el cual Ud. está satisfecho?

<sub>1</sub> Un gran problema

<sub>2</sub> Un pequeño problema

<sub>3</sub> Ningún problema

<sub>4</sub> No tuve un doctor personal o enfermero/a nuevo/a

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

48. ¿Usted tiene a una persona que piense de él/ella como su doctor personal o enfermero/a?

<sub>1</sub> Sí

➔ Si contesto que sí, como se llama? \_\_\_\_\_

<sub>2</sub> No (*Si no, pase a la pregunta 52.*)

49. ¿Es esta persona?

<sub>1</sub> Un doctor de medicina general

<sub>2</sub> Un doctor de medicina interna

<sub>3</sub> Un endocrinólogo o especialista de diabetes

<sub>4</sub> Otro tipo de doctor

<sub>5</sub> Un/a enfermero/a o un asistente de doctor

<sub>6</sub> No estoy seguro/a

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

50. ¿Esta persona forma parte de su plan de salud?

<sub>1</sub> Sí

<sub>2</sub> No

51. ¿Es esta persona a la cual visita Ud. para la mayoría de sus cuidados relacionados con la diabetes?

<sub>1</sub> Sí (*Si contesto que sí, pase a la pregunta 54.*)

<sub>2</sub> No

52. ¿Diría Ud. que la persona a la que Ud. va a ver para el cuidado de su diabetes es un/a?
- <sub>1</sub> Un doctor medicina general
  - <sub>2</sub> Un doctor de medicina interna
  - <sub>3</sub> Un endocrinologista o especialista de diabetes
  - <sub>4</sub> Otro tipo de doctor
  - <sub>5</sub> Un/a enfermero/a o asistente de doctor
  - <sub>6</sub> No estoy seguro/a
53. ¿Esta persona forma parte de su plan de salud?
- <sub>1</sub> Sí
  - <sub>2</sub> No

**Las siguientes preguntas son acerca de los doctores que Ud. ha visto por necesidades de salud especiales, tales como, cirujanos, doctores del corazón, doctores de alergia, doctores de la piel, y otros doctores que se especializan en otras áreas del cuidado de la salud. Cuando responda a estas preguntas, no incluya las visitas a su dentista.**

54. En los últimos 12 meses, ¿Ud. o su doctor pensaron que necesitaba ver a un especialista?
- <sub>1</sub> Sí
  - <sub>2</sub> No *(Si no, pase a la pregunta 56.)*

*\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.*

55. ¿En los últimos 12 meses, ¿qué tan problemático, si es que ha sucedido así, fue obtener una autorización para ir a un especialista que Ud. necesitaba ver?
- <sub>1</sub> Un gran problema
  - <sub>2</sub> Un pequeño problema
  - <sub>3</sub> Ningún problema
  - <sub>4</sub> Yo no necesité ver a ningún especialista en los últimos 12

*\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.*

56. ¿En los últimos 12 meses, Ud. vió a un especialista?
- <sub>1</sub> Sí
  - <sub>2</sub> No *(Si no, pase a la pregunta 58.)*

*\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.*

57. ¿El especialista que Ud. vió fue visitado mas frecuentemente que su doctor personal?
- <sub>1</sub> Sí
  - <sub>2</sub> No
  - <sub>3</sub> No tengo un doctor personal o no vi a un especialista en los últimos 12 meses.

*\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child*

**Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

58. En los últimos 12 meses, ¿Hizo Ud. citas con un doctor o con otro proveedor de cuidados médicos para atención medica regular o de rutina?

- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No **(Si no, pasa a la pregunta 60.)**

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

59. En los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente le dieron citas para cuidado medico regular o de rutina **tan pronto** como Ud. lo quiso?

- <sub>1</sub> Nunca  
 <sub>2</sub> Algunas veces  
 <sub>3</sub> Usualmente  
 <sub>4</sub> Siempre  
 <sub>5</sub> Yo no necesité una cita de cuidado médico regular o de rutina, en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

60. En los últimos 12 meses, ¿tuvo Ud. una *enfermedad o herida* que necesitaba atención inmediata en la oficina de un doctor, clínica o de un cuarto de emergencia?

- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No **(Si no, pase a la pregunta 62.)**

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

61. En los últimos 12 meses, ¿cuando Ud. necesitaba de un cuidado inmediato por una *enfermedad o una herida*, que tan frecuentemente Ud. recibió ese cuidado **rápido** como Ud. lo quería?

- <sub>1</sub> Nunca  
 <sub>2</sub> Algunas veces  
 <sub>3</sub> Usualmente  
 <sub>4</sub> Siempre  
 <sub>5</sub> Yo no necesité atención inmediata debido a una enfermedad o herida en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

62. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a un cuarto de emergencia para atención personal?

- <sub>1</sub> Ninguna  
 <sub>2</sub> Sí \_\_\_\_\_ **(Escriba el numero de veces.)**

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

63. En los últimos 12 meses, (descontando las veces que Ud. fue a una sala de emergencia) ¿Cuántas veces fue Ud. a la oficina de un doctor o clínica para obtener cuidado par Ud.?

- 0 Nunca
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5-9
- 10 o más

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

64. En los últimos 12 meses, qué tan problemático, si es que fue así, fue obtener atención médica que Ud. o su doctor creían necesaria?

- 1 Un gran problema
- 2 Un pequeño problema
- 3 Ningún problema
- 4 No tuve visitas con el doctor en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

65. En los últimos 12 meses, ¿qué tan problemáticas fueron las demoras, si es que sucedió así, mientras Ud. esperaba por una aprobación de parte de su plan de seguro?

- 1 Un gran problema
- 2 Un pequeño problema
- 3 Ningún problema
- 4 No hice visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

66. En los últimos 12 meses, ¿que tan frecuente el personal de la oficina del doctor o el de la clínica lo/a trato con cortesía y respeto?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

67. En los últimos 12 meses, ¿qué tan frecuente el personal de la oficina del doctor o de la clínica le ayudaron como Ud. creía que debía ser?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los 12 últimos meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

68. En los últimos 12 meses, ¿qué tan frecuente los doctores o otros proveedores de bienestar de la salud escucharon con atención?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

69. En los últimos 12 meses, ¿qué tan frecuente los doctores o otros proveedores de bienestar de la salud le explicaron las cosas de una forma que Ud. podía entender?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

70. En los últimos 12 meses, ¿qué tan frecuente los doctores o otros proveedores de bienestar de la salud le demostraron respeto a lo que Ud. tenía que decir?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

71. En los últimos 12 meses, ¿que tan frecuente los doctores o otros proveedores de bienestar de la salud pasaron suficiente tiempo con Ud.?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No tuve visitas en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

72. En los últimos 12 meses, como calificaría la calidad de cuidados médicos que Ud. recibió por su diabetes?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Pobre/mala

**Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con su plan medico.**

73. En los últimos 12 meses, ¿llamo Ud. al departamento de servicios al consumidor de su plan médico para obtener información o ayuda?

- 1 Sí
- 2 No (*Si no, pase a la pregunta 75.*)

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

74. En los últimos 12 meses, cuando Ud. llamo al departamento de servicios al consumidor de su plan médico ¿qué tan problemático, si es que sucedió así, fue obtener la ayuda que Ud. necesitaba?

- 1 Un gran problema
- 2 Un pequeño problema
- 3 Ningún problema
- 4 No llamé al departamento de servicios al consumidor de mi plan medico en los últimos 12 meses

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

75. **Papeleo** esto se refiere a procedimientos tales como obtener su tarjeta de identificación, hacer los cambios en su registro, el proceso de formas, o algún otro papeleo relacionado con la atención medica que recibe. En los últimos 12 meses, ¿tuvo Ud. alguna experiencia con papeleo para su plan medico?

- 1 Sí
- 2 No (*Si no, pase a la pregunta 77.*)

**\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.**

76. En los últimos 12 meses, ¿qué tan problema tuvo usted,, si es que sucedió así, con el papeleo para su plan medico?

- <sub>1</sub> Un gran problema
- <sub>2</sub> Un pequeño problema
- <sub>3</sub> Ningún problema
- <sub>4</sub> No tuve ninguna experiencia con papeleo de mi plan medico en los últimos 12 meses.

\*US Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Health Plan Survey 4.0: Child Medicaid Questionnaire. Washington, DC: August 2007.

76A. En los últimos 12 meses, que tan frecuente tuvo Ud. dificultades para hablar o entender a un doctor o algún otro proveedor de cuidados médicos por que Ud. habla un idioma diferente?

- <sub>1</sub> Nunca
- <sub>2</sub> Algunas veces
- <sub>3</sub> Usualmente
- <sub>4</sub> Siempre
- <sub>5</sub> No tuve visitas en los últimos 12 meses

76B. Un intérprete es alguien que repite a una persona algo que otra persona dice en otro idioma. En los últimos 12 meses, ¿tuvo Ud. la necesidad de un interprete para que le ayudara a hablar con el doctor u otro proveedor de cuidados médicos?

- <sub>1</sub> Sí
- <sub>2</sub> No (*Si no, pase a la pregunta 76D.*)

76C. En los últimos 12 meses, cuando usted necesitaba un intérprete para que le ayudara a hablar con el doctor u otro proveedor de cuidado médicos, ¿qué tan frecuente tuvo Ud. uno/a?

- <sub>1</sub> Nunca
- <sub>2</sub> Algunas Veces
- <sub>3</sub> Usualmente
- <sub>4</sub> Siempre
- <sub>5</sub> Yo no tuve visitas en los ultimos12 meses o no nescite un interprete en los ultimos 12 meses.

76D. Su plan o grupo médico, o su proveedor profesional de cuidado médico le han dado material educativo y un plan alimenticio que muestran apreciación por su cultura e idioma?

- <sub>1</sub> Si
- <sub>2</sub> No

Question #77 to 81 was obtained from the ED-5Q (EuroQol) survey – <http://www.euroqol.org/>. Permissions obtained at: EuroQol Group, PO Box 4443,3006 AK Róterdam, The Netherlands, Telephone + 31 10 408 1545 and Fax +31 10 452 5303



**Las siguientes preguntas son acerca de los costos de su cuidado de su salud.**

82. Algunas personas tienen más de un tipo de seguro médico. ¿Tiene Ud. algún/algunos de los siguientes seguros médicos? **Marque todos los que correspondan**

- 1  No, no tengo ningún otro tipo de seguro para la salud
- 2  Otros seguros médicos privados
- 3  Medicare
- 4  Medicare Supplemental
- 5  Medicaid/Medi-Cal
- 6  Administración de Veteranos/Veterans Administration (VA)
- 7  Otro (*por favor escribalo*) \_\_\_\_\_
- 8  No estoy seguro/a

83. ¿Paga <HP> la mayor parte de sus necesidades médicas?

- 1  Sí
- 2  No

➔ **Si No**, ¿cual es la razón principal para no usar <HP> para que pague la mayor parte de sus necesidades médicas?

**INDIQUE HASTA TRES OPCIONES**

- 1  Estoy cubierto por otro seguro médico (por medio de su esposo/a o un familiar)
- 2  Me mudé
- 3  Los costos que tenía yo que cubrir eran muy altos
- 4  Mi doctor no está en el plan
- 5  Mi doctor dejó el plan
- 6  No me gustaba como los doctores del plan me trataban como persona
- 7  Yo estaba insatisfecho/a con el cuidado médico que recibía
- 8  Era muy difícil obtener permiso para ver a un especialista
- 9  Era muy difícil obtener permiso para exámenes o tratamiento
- 10  Mi salud cambió
- 11  No me gustaba la forma en que plan manejaba los problemas/quejas
- 12  No me gustaba la forma en que plan manejaba reclamos y papeleo
- 13  No estaba satisfecho/a con los beneficios/coberturas de las prescripciones
- 14  No estaba satisfecho/a con los beneficios/coberturas médicas
- 15  Otro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

84 ¿Tiene Ud. qué pagar un deducible, o una cantidad fija cada vez que ve a su doctor regular?

- 1  Sí

➔ **Si contesto sí**, ¿cuánto paga? (*escriba la cantidad aquí*)\$ \_\_\_\_\_

- 2  No

85. ¿Tiene Ud. que pagar un deducible, o una cantidad fija cada vez que ve a un especialista?

<sub>1</sub> Sí

➔ Si contesto que sí, ¿cuanto paga? (escriba la cantidad aquí)\$ \_\_\_\_\_

<sub>2</sub> No

86 ¿En los últimos 12 meses, ha obtenido usted prescripciones para su diabetes en otras farmacias que no son las de <HP>? Por favor excluya las medicinas de vitrina, las prescripciones que obtuvo durante emergencias o cuando estaba de viaje.

<sub>1</sub> Sí

<sub>2</sub> No

<sub>3</sub> No estoy seguro/a

➔ Si contesto que sí, ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha obtenido Ud. prescripciones para sus medicinas de diabetes en otras farmacias fuera de <HP>?

\_\_\_\_\_ (números de veces)

86A. ¿Tiene Ud. que pagar un deducible, o una cantidad fija cada vez que compra medicina prescrita?

<sub>1</sub> Sí

<sub>2</sub> No

87. ¿Tiene Ud. un deducible o una cantidad que tiene que pagar primero, antes que su plan de salud en calidad de no interno en el hospital, le cubra los beneficios médicos?

<sub>1</sub> Sí

➔ Si contesto que sí, ¿cuanto paga? (escriba la cantidad aquí)\$ \_\_\_\_\_

<sub>2</sub> No

88. Por favor marque el cuadro que mejor describe si su seguro médico paga por todo, algo o nada de los siguientes equipos o materiales relacionados con su cuidado diabético. Si Ud. paga un poco, escoja “Seguro médico paga algo”

	<b>El Seguro Paga Todo</b>	<b>El Seguro Paga Algo</b>	<b>El Seguro No Paga Nada</b>	<b>No estoy Seguro/a</b>	<b>No Aplica</b>
	1	2	3	4	5
A. Monitores de glucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Tiras de glucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Jeringas para insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Jeringas de insulina listas para usarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Por favor marque el cuadro que mejor describe si su seguro médico para por todo, algo o nada de los siguientes servicios relacionados con su cuidado diabético. Si Ud. paga una cantidad pequeña, escoja “El seguro paga algo”

	<b>El seguro paga todo</b>	<b>El seguro paga algo</b>	<b>El seguro no paga nada</b>	<b>No estoy seguro/a</b>	<b>No aplica</b>
	1	2	3	3	4
5 A. Exámenes de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Consejos en nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Educación sobre diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Podiatra / doctor de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Programas para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Psiquiatras y otros profesionales para la salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Piense en el tiempo extra que usted dedica para el cuidado médico de sus problemas de salud relacionados con la diabetes (Problemas relacionados incluyen presión alta de la sangre, alto colesterol, o problemas de circulación y del corazón) Si no pasó ningún tiempo extra, por favor indique “0” minutos.

**En un día típico, cuantos minutos extras dedicó:**

- A. Cuidado de sus pies? \_\_\_\_\_ minutos
- B. Haciendo ejercicios? \_\_\_\_\_ minutos
- C. Comprando para cocinar comidas especiales \_\_\_\_\_ minutos

91. En un día típico, ¿cuántas horas **otra gente** (esposo/a, familiares, o amigos) le ayudan con las siguientes actividades para atender las condiciones de su salud relacionados con la diabetes?

A. Transporte: \_\_\_\_\_ horas

B. Obtener o usar medicamentos, inyecciones o materiales: \_\_\_\_\_ horas

C. Cuidado para los pies: \_\_\_\_\_ horas

92. En una típica semana, cuántos días trabaja por dinero? \_\_\_\_\_ días

*(note: si Ud. no trabaja por dinero, pase a la pregunta 94)*

93. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días no pudo trabajar por problemas con su diabetes o relacionados con su salud? \_\_\_\_\_ días

94. De las categorías siguientes ¿cual describe mejor el ingreso total anual de su hogar antes de impuestos?

- 1 Menos de \$5,000
- 2 \$5,000 y menos de \$7,500
- 3 \$7,500 y menos de \$10,000
- 4 \$10,000 y menos de \$12,500
- 5 \$12,500 y menos de \$15,000
- 6 \$15,000 y menos de \$20,000
- 7 \$20,000 y menos de \$25,000
- 8 \$25,000 y menos de \$30,000
- 9 \$30,000 y menos de \$35,000
- 10 \$35,000 y menos de \$40,000
- 11 \$40,000 y menos de \$75,000
- 12 \$75,000 y menos de \$100,000
- 13 \$100,000 y más

95. ¿Cuál es el grado más alto que completó Ud. en la escuela?

- 1 8vo grado o menos
- 2 Algo de Preparatoria (high school) pero no graduó
- 3 Se graduó de Preparatoria (high school) o el equivalente (GED)
- 4 Algo de colegio/Universidad o licenciatura de un colegio/Universidad de 2 años
- 5 Graduado de un colegio/Universidad de 4 años
- 6 Una licenciatura de un colegio/Universidad de más de 4 años

96. ¿Es Ud. de un origen hispano o latino?

- <sub>1</sub> Sí  
 <sub>2</sub> No

→ Si contesto que si, es:

- <sub>3</sub> Cubano, portorriqueño, caribeño: especifique: \_\_\_\_\_  
 <sub>4</sub> México americano, o chicano/a  
 <sub>5</sub> Centroamericano o sudamericano: especifique: \_\_\_\_\_  
 <sub>6</sub> Otro hispano/latino: especifique: \_\_\_\_\_

97. ¿Cuál es su raza? ***Por favor seleccione todas las que correspondan.***

- <sub>1</sub> Indio americano o nativo de Alaska  
 <sub>2</sub> Asiático-- sí:  
 <sub>3</sub> Chino  
 <sub>4</sub> Filipino  
 <sub>5</sub> Japonés  
 <sub>6</sub> Coreano  
 <sub>7</sub> Indio asiático  
 <sub>8</sub> Nativo de Hawai  
 <sub>9</sub> Islas del Pacífico  
 <sub>10</sub> Negro o afroamericano  
 <sub>11</sub> Blanco  
 <sub>12</sub> Otro (especifique: \_\_\_\_\_)

**Gracias por completar este cuestionario!**