

Cuestionario sobre el Cuidado de la Salud



<HP> recientemente le envió una carta para recordarle de la entrevista de seguimiento que le haremos para nuestro proyecto de investigación llamado TRIAD. Como oyó el año pasado este es un estudio sobre la diabetes realizado con fondos de los Centers for Disease Control (Centros de control de enfermedades) en Atlanta. Nos damos cuenta que hay muchas preguntas pero la información es muy importante. 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**, entonces 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 de Confidencialidad. Esto quiere decir que cualquier cosa que tenga que decirnos no se repetirá a nadie, aún si lo ordena un corte, a menos que Ud. diga que está bien. Cuando Ud. termine el cuestionario, por favor regréselo en el sobre adjunto el cual tiene la dirección del destinatario y el franqueo pagado. De antemano muchas gracias por su ayuda.

Instrucciones

Lea cada una de las preguntas cuidadosamente y marque el cuadro que más cercanamente refleje su experiencia con una “X”. Dependiendo de sus respuestas, tal vez le indique que ignore algunas de las preguntas de este estudio.

EJEMPLO:

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

- Extremadamente importante
- Algo importante
- Importante

1. Si Ud. es mujer, ¿está actualmente embarazada?

- No
 Sí → *(Si contestó que sí, este cuestionario está completo. Por favor regréselo en el sobre provisto.)*
 No estoy segura → *(Si contestó que no está segura, este cuestionario está completo. Por favor regréselo en el sobre provisto.)*

2. ¿Es <HP> todavía su plan de seguro médico?

- No → *(Pase a la pregunta 3.)*
 Sí

2a. ¿Es <HP> su plan de seguro médico principal? Su plan de seguro médico principal es el que usa para la mayoría de sus necesidades de cuidado médico.

- No
 Sí → *(Si contesto sí, siga a la pregunta 6.)*

3. ¿Cuál es el nombre de su plan de seguro médico principal?

NOMBRE: _____

4. ¿En que mes y año fue su último cambio de seguro médico?

Mes: _____ Año: _____ *(Pase a la pregunta 5.)*

4a. Si no se puede acordar del mes y año, ¿ fue hace más de 6 meses o menos de 6 meses?

- Hace más de 6 meses
 Hace menos de 6 meses
 No estoy seguro/a

5. ¿Cuáles fueron las razones por el cambio? **Favor de marcar todas las que apliquen.**

- Mi patrono dejó de ofrecer ese plan médico
 Mi doctor abandonó ese plan médico
 Disgustado con los beneficios/cobertura
 Demasiado difícil obtener el cuidado médico
 Me mudé
 Cambié de trabajo
 Otro (especifique) _____

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (mes/día/año) _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

7. ¿Cuánto pesa sin ropa? _____ libras

8. Actualmente ¿cómo maneja o controla su diabetes?

Favor de marcar todas las que apliquen

- ₁ Con dieta y/o ejercicio
- ₂ Tomando medicamentos orales
- ₃ Inyecciones de insulina
- ₄ Con una bomba de insulina
- ₅ Otro (*por favor especifique*) _____

9. **Si Ud. usa inyecciones de insulina**, ¿normalmente cuántas veces al día se inyecta?

- ₁ Una vez al día
- ₂ Dos veces al día
- ₃ Tres veces al día
- ₄ Cuatro o más veces al día

10. 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) le han explicado, enseñado o dado información acerca de lo siguiente en los últimos 18 meses:

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
	1	0	8
A. ¿Cómo cuidar sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Qué hacer cuando hay síntomas de niveles bajos de azúcar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Cómo hacer ejercicio apropiadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Cuál es un 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 10.F Y 10.G SI UD. ES UNA MUJER ENTRE LOS 18 Y 45 AÑOS DE EDAD:

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

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₈ No estoy segura

10G. ¿Ha hablado con usted su actual proveedor de cuidados médicos acerca de usar control de la natalidad o planificación familiar hasta que logre un buen control del azúcar en la sangre?

- ₀ No
₁ Sí
₈ No estoy segura

11. ¿Se revisa Ud. los niveles de azúcar en la sangre en casa?

- ₀ No *(Si no, pase a la pregunta 15.)*
₁ Sí

12. ¿Cuántos **días a la semana** se revisa el azúcar en su sangre? **Favor de escoger uno.**

- ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆ ₇

13. Cuando Ud. se hace la prueba del azúcar en la sangre, normalmente ¿cuántas **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:

13.a. ¿Cambia la dosis o el tiempo en que usa la insulina según la vaya necesitando? *(Si no usa insulina, pase a la pregunta 13b.)*

- ₀ No
₁ Sí
₈ No estoy seguro/a

13.b. ¿Cambia sus alimentos o los hábitos de comida?

- ₀ No
₁ Sí
₈ No estoy seguro/a

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

- ₀ No
₁ Sí
₈ No estoy seguro/a

13.d. ¿Anota para su proveedor de cuidados médicos los valores de glucosa que resultan de sus pruebas hechas en casa?

- ₀ No
₁ Sí
₈ No estoy seguro/a

14. Durante este último año, ¿qué tan frecuentemente revisó su doctor o otro profesional de cuidados médicos sus pruebas de azúcar en la sangre/orina que hace Ud. en su casa?

- ₁ En todas las visitas
- ₂ En la mayoría de las visitas
- ₃ Por lo menos en una de las visitas
- ₄ En ninguna de las visitas
- ₈ No estoy seguro/a

15. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos en el cual las pupilas fueron dilatadas? (Es decir que le pusieron gotas en los ojos que los hacen sensibles a la luz muy brillante temporalmente).

- ₁ En los últimos 12 meses
- ₂ Hace más de un año pero menos de dos
- ₃ Hace más de dos años
- ₄ Nunca
- ₈ No estoy seguro/a

16. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente examinó su doctor o algún otro profesional de cuidados médicos sus pies sin los calcetines puestos?

- ₁ En todas las visitas
- ₂ En la mayoría de las visitas
- ₃ Por lo menos en una de las visitas
- ₄ En ninguna de las visitas
- ₈ No estoy seguro/a

17. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor o un profesional de cuidados médicos le revisó la sensibilidad de sus pies o piernas tocándolos con un monofilamento, el cual parece un pedazo pequeño de hilo de pescar?

- ₁ Durante los últimos 12 meses
- ₂ Hace más de un año pero menos de 2 años
- ₃ Hace más de 2 años
- ₄ Nunca
- ₈ No estoy seguro/a

18. ¿Su doctor o algún otro profesional de cuidados médicos le ha dicho que tome aspirina regularmente para reducir los riesgos de desarrollar una enfermedad del corazón o un derrame?

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₈ No estoy seguro/a

19. ¿Actualmente toma aspirina con regularidad (por lo menos 3 veces por semana)?

No

Sí

20. ¿Se puso una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?

No

Sí

21. 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 25.*)

22. ¿Fue Ud. aconsejado por un doctor o un profesional de cuidados médicos para que dejara de fumar?

No (*Si no, pase a la pregunta 25.*)

Sí

23. ¿Fue Ud. mandado a un programa para dejar de fumar por un doctor u otro profesional de cuidados médicos?

No

Sí

24. ¿Un doctor u otro profesional de cuidados médicos le ha recomendado o recetado medicamentos para ayudarle a dejar de fumar?

No

Sí

Durante los últimos 12 meses, ¿ha **recibido** cualquier de los siguientes tipos de información relacionada a la diabetes en la oficina de su doctor o en su plan de seguro médico?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
	1	0	8
A. Materiales de diabetes (ej. folletos o boletines, cintas de audio o vídeo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Recordatorios acerca de citas próximas relacionadas con su diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Recordatorios sobre 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 entre 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 del Internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. ha usado o asistido a cualquiera de los siguientes servicios o programas relacionados con la diabetes?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
	1	0	8
A. Un grupo de apoyo relacionado con la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Educación diabética personal o en grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sitio de Internet relacionado con la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Un historial personal donde se mantiene la información sobre su diabetes (también se le conoce como un “pasaporte”) para recordarle a Ud. y a su proveedor de cuidados médicos acerca de los cuidados relacionados con su diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Desde que completó la primera encuesta, hace aproximadamente 18 meses, ¿lo/la han hospitalizado? (No incluya visitas a la sala de emergencia en las que no fue ingresado/a)

- No *(Si no, pase a la pregunta 28.)*
 Sí
 No estoy seguro/a *(Si no está seguro/a, pase a al pregunta 28.)*

27a. ¿Cuántas veces fue hospitalizado/a? _____

27. Durante los últimos 18 meses, ¿le ha dicho un doctor o alguien en la oficina de su

doctor que Ud. tiene alto colesterol o triglicéridos o lípidos elevados (substancia grasa en la sangre)?

- No
 Sí

28. Durante los últimos 18 meses, ¿le ha dicho un doctor o alguien en la oficina de su doctor que Ud. ha tenido un ataque al corazón, un infarto o un infarto de miocárdico?

- No
 Sí

29. Durante los últimos 18 meses, ¿le ha dicho un doctor o alguien en la oficina de su doctor que Ud. tuvo un derrame, accidente cerebrovascular, coágulo de sangre o hemorragia cerebral, o un ataque isquémico pasajero o “mini derrame”?

- No
 Sí

31. Durante los últimos 18 meses, ¿se ha sometido a alguno de los siguientes procedimientos?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No estoy seguro/a</u>
	1	0	8
A. Angioplastia o una bomba o <i>bypass</i> para desobstruir las arterias a su corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Angioplastia o una bomba o <i>bypass</i> para desobstruir las arterias a su pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Angioplastia o una bomba o <i>bypass</i> para desobstruir las arterias al cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Amputación de un dedo del pie, pie, o pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si contestó que sí, ¿qué le amputaron?</i>			
<input type="checkbox"/> Un dedo del pie o más, pero ningún pie			
<input type="checkbox"/> Un pie (o pierna), pero no los dos pies			
<input type="checkbox"/> Los dos pies (o las dos piernas)			

32. ¿Ha sufrido Ud. insuficiencia renal que requirió diálisis o un trasplante de riñón?

- No (*Sí no, pase a la pregunta 35.*)
 Sí

33. ¿Cuáles tratamientos requirió Ud.?

33a. ¿Diálisis?

No

Sí **Por favor escriba la fecha aproximada del primer tratamiento de**

diálisis: $\frac{\quad}{MM} / \frac{\quad}{DD} / \frac{\quad}{AAAA}$ (mes/día/año)

33b. ¿Trasplante de riñón?

No

Sí **Por favor escriba la fecha aproximada del primer trasplante de riñón:**

$\frac{\quad}{MM} / \frac{\quad}{DD} / \frac{\quad}{AAAA}$ (mes/día/año)

34. ¿Le ha dicho un doctor que su insuficiencia renal fue causado por su diabetes?

No

Sí

35. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la depresión, ya sea con medicamentos o orientación psicológica?

No

Sí

35.a. ¿Un doctor o proveedor de cuidados médicos le ha recomendado alguna vez un tratamiento para la depresión?

No

Sí

36. Durante las 4 SEMANAS PASADAS, ¿qué tan a menudo ha experimentado lo siguiente?

	<i>Todo el tiempo</i>	<i>La mayoría del tiempo</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Nada durante ese tiempo</i>
	1	2	3	4	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. ¿Sed excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Visión borrosa o visión doble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿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"/>

(Pase a la pregunta 39 si le han amputado los dos pies.)

F. ¿Entumecimiento o pérdida de sensaciones en sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ¿Sensaciones de hormigueo o ardor en sus pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ¿Llagas o heridas en sus pies que no sanaban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. ¿Ud. o alguien en su casa le revisa todos los días los pies por si tiene llagas?

- No
 Sí

38. En un día típico, ¿cuántos minutos se toma Ud. para el cuidado de sus pies?

Por favor escriba el número de minutos _____

Question #39 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

Las siguientes preguntas son acerca de sus emociones y sus actividades cotidianas.

40. Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido le han molestado los siguientes problemas?

	<i>Para nada</i>	<i>Varios días</i>	<i>Mas de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
	1	2	3	4
A. Falta de interés o placer en sus actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Se siente abatido, deprimido, o desesperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Dificultades para dormir o durmiendo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Sintiendo cansado o sin energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Sin apetito o comiendo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Se siente mal de sí mismo - que es un fracaso o que le ha faltado a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Problemas de concentración como cuando lee un periódico o ve la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Moverse o hablar tan lento que otra gente se da cuenta, o lo opuesto, estar tan inquieto que se mueva más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. ¿En las últimas 4 semanas le ha dado un ataque de ansiedad, de repente siente miedo o pánico?

₀ No (*Sí no, pase a la pregunta 41.*)

₁ Sí

J. ¿Esto le había ocurrido antes?

₀ No

₁ Sí

K. ¿Algunas de estas ataques le llegan inesperadamente, en situaciones donde no espera estar nervioso o incómodo?

₀ No

₁ Sí

L. ¿Estas ataques le molestan o se preocupa que le vaya a ocurrir de nuevo?

₀ No

₁ Sí

M. Durante el último ataque malo de ansiedad, ¿tuvo síntomas como los siguientes: falta de aliento, sudor, corazón acelerado, mareos o desmayos, hormigueo o entumecimiento, o náusea o malestar estomacal?

₀ No

₁ Sí

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

41. En los últimos 18 meses, ¿obtuvo un doctor personal **nuevo**? Un doctor o enfermera personal es el proveedor de cuidados médicos que mejor lo conoce a Ud. Este puede ser un doctor general, un doctor especialista, un enfermero/a de medicina general, o un asistente médico.

- ₀ No *(Si no, pase a la pregunta 49.)*
 ₁ Sí
 ₇ No tengo doctor personal *(Pase a la pregunta 51.)*

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

42. Con las opciones que su plan médico le proporcionó, ¿qué tan problemático fue, si es que fue así, escoger a un doctor o a un/a enfermero/a personal nuevo/a con el cual Ud. estuviera satisfecho?

- ₁ Un gran problema
 ₂ Un pequeño problema
 ₃ Ningún problema
 ₄ No escogí un doctor o enfermero/a personal nuevo/a
 ₇ No tengo plan de salud

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

43. ¿Cuál es el nombre de su doctor personal **nuevo**?

44. ¿Es esta persona?

- ₁ Un doctor de medicina general
 ₂ Un doctor de medicina interna
 ₃ Un endocrinólogo o especialista de diabetes
 ₄ Otro tipo de doctor
 ₅ Un/a enfermero/a o asistente de doctor (CDE, Educador de Diabetes o enfermero/a de medicina general)
 ₈ No estoy seguro/a

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

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

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₇ No tengo plan de salud

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

- ₀ No
- ₁ Sí *(Si contestó que sí, pase a la pregunta 49.)*

47. ¿Diría Ud. que la persona a la que Ud. va a ver para el cuidado de su diabetes es?

- ₁ Un doctor de medicina general
- ₂ Un doctor de medicina interna
- ₃ Un endocrinólogo o especialista de diabetes
- ₄ Otro tipo de doctor
- ₅ Un/a enfermero/a o asistente de doctor (CDE, Educador de Diabetes o Enfermera/o de medicina general)
- ₈ No estoy seguro/a

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

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₇ No tengo plan de salud

49. Cuando va a ver a su doctor personal, ¿con qué frecuencia tiene que ver a otro doctor porque el suyo no está disponible?

- ₁ Todo el tiempo
- ₂ La mayoría del tiempo
- ₃ Algunas veces
- ₄ Pocas veces
- ₅ Nunca, siempre veo a mi doctor personal

50. En promedio, ¿cuánto tiempo tarda en llegar a la oficina de su doctor?

- ₁ Menos de 15 minutos
- ₂ 15 a 30 minutos
- ₃ 31 a 45 minutos
- ₄ 46 a 1 hora
- ₅ Más de 1 hora a 2 horas
- ₆ Más de 2 horas

Al contestar las siguientes preguntas, es importante que piense en los especialistas, es decir, los doctores que ha visto por sus cuidados médicos especiales, como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros que se especializan en un área de cuidados médicos. En este estudio no vamos a incluir las visitas al dentista.

51. En los últimos 12 meses, ¿Ud. o su doctor pensaron que necesitaba ver a un especialista?

- ₀ No *(Si no, pase a la pregunta 53.)*
- ₁ Sí

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

52. En los últimos 12 meses, ¿qué tan problemático fue, si es que lo fue, obtener una autorización para ir a un especialista que Ud. necesitaba ver?

- ₁ Un gran problema
- ₂ Un pequeño problema
- ₃ Ningún problema
- ₄ Yo no necesité ver a ningún 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.**

53. En los últimos 12 meses, ¿Ud. vio a un especialista?

- ₀ No *(Si no, pase a la pregunta 55.)*
- ₁ Sí

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

54. ¿El especialista que vio más frecuentemente fue su mismo doctor personal?

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₂ 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.**

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

- ₁ Un gran problema
- ₂ Un pequeño problema
- ₃ Ningún problema
- ₄ No visité 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.**

56. En los últimos 12 meses, mientras Ud. esperaba una aprobación de parte de su plan médico, ¿qué tan problemáticas fueron las demoras en los cuidados médicos?

- ₁ Un gran problema
- ₂ Un pequeño problema
- ₃ Ningún problema
- ₄ No visité el doctor en los últimos 12 meses
- ₇ No tengo plan de salud

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

57. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal de la oficina del doctor o de la clínica lo/a trató con cortesía y respeto?

- ₁ Nunca
- ₂ Algunas veces
- ₃ Usualmente
- ₄ Siempre
- ₅ No visité 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.**

58. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal de la oficina del doctor o de la clínica le ayudó como Ud. creía que debía ser?

- ₁ Nunca
- ₂ Algunas veces
- ₃ Usualmente
- ₄ Siempre
- ₅ No visité el doctor 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.**

59. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados médicos le escucharon con atención?

- ₁ Nunca

- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No visité 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.**

60. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados médicos le explicaron las cosas de una forma que Ud. podía entender?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No visité 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.**

61. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados médicos le demostraron respeto a lo que Ud. tenía que decir?

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No visité 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.**

62. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados médicos pasaron suficiente tiempo con Ud.?

- ₁ Nunca
- ₂ Algunas veces
- ₃ Usualmente
- ₄ Siempre
- ₅ No visité 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.*

63. En los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría la calidad de cuidados médicos que Ud. recibió para su diabetes?

- ₁ Excelente
- ₂ Muy buena
- ₃ Buena
- ₄ Regular
- ₅ Mala

64. Por favor lea las siguientes frases e indique cómo se siente Ud. acerca de cada una. *(Pase a la pregunta 66 si Ud. no tiene un doctor personal.)*

	<i>Firmemente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>No estoy seguro/a</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Firmemente en desacuerdo</i>
	1	2	8	4	5
A. Le puedo decir cualquier cosa a mi doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. En cuanto a mis cuidados médicos, le tengo toda la confianza a mi doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. A mi doctor le preocupa más mantener los costos bajos que hacer lo necesario por mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Mi doctor siempre me diría la verdad sobre mi salud aún cuando sean malas noticias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Si se cometiese un error en mi tratamiento, mi doctor me lo trataría de ocultar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Para esta siguiente pregunta, por favor califica en una escala del 0 al 10, en la que 0= Para nada y 10= completamente. Tomando todo en cuenta, ¿cuánta confianza le tiene a su doctor? **(Por favor circule el número que corresponda a su respuesta.)**

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
 para nada _____ completamente

66. ¿Cuál de los siguientes cuatro grupos de actividad describe mejor su nivel actual de actividad aparte de su trabajo o actividades cotidianas? Por favor considere la transportación de ida y regreso al trabajo, a la escuela, o de compras; deporte y cualquier otra actividad física durante su tiempo libre.

- Ninguna actividad física semanalmente.
- Solamente actividades físicas ligeras la mayoría de las semanas.
- Actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos una o dos veces por semana (Actividades vigorosas causan falta de aliento, latido acelerado del corazón, y/o sudor).
- Actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos tres o más veces a la semana.

67. ¿Aproximadamente cuántos minutos camina al día?

- 0 - 9
- 10 - 19
- 20 - 29
- 30 - 39
- 40+
- No sé

Question #68 to #72 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

73. Si necesitase ayuda con la condición en la que se encuentra debido a su diabetes, ¿qué tan seguido estuvieran disponibles los siguientes tipos de apoyo?

	Todo el tiempo 1	La mayoría del tiempo 2	Algunas veces 3	Pocas veces 4	Nunca 5
A. Alguien en quien pueda confiar o hablar de sí mismo o de su diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Alguien que lo/a lleve al doctor cuando tenga que ir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Alguien que lo/a ayude con su trabajo domestico cuando no pueda hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Por favor lea cada una de las siguientes declaraciones y escoja la respuesta que mejor describa como Ud. se siente acerca de cada declaración.

	<i>Firmemente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Firmemente en desacuerdo</i>
	1	2	3	4
A. Siento que es imposible llegar a las metas que me propongo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. El futuro se me hace desesperado y no creo que la situación mejore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. A veces me cuesta pagar lo que me toca de la visita al doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. A veces no obtengo los cuidados médicos que necesito porque cuestan demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca del costo de sus cuidados médicos.

75. Algunas personas tienen más de un tipo de seguro médico. ¿Tiene Ud. algunos de los siguientes tipos de seguro médico? **Marque todos los que apliquen:**

- ₁ No, yo no tengo ningún otro tipo de seguro médico (**Pase a la pregunta 76.**)
- ₂ Otros seguros médicos privados
- ₃ Medicare regular
- ₄ Medicare Supplemental
- ₅ Medicaid o Medi-Cal
- ₆ Administración de Veteranos (VA)
- ₇ Otro (*por favor especifique*) _____
- ₈ No sé

76. ¿Tiene Ud. que pagar un copago o una cantidad fija en dólares cada vez que ve a su **doctor regular**?

- ₀ No
- ₁ Sí → Si contestó que sí, ¿cuánto paga? (*escriba la cantidad aquí*)\$ _____
- ₇ No aplica

77. ¿Tiene Ud. que pagar un copago o una cantidad fija en dólares cada vez que ve a un **especialista**?

No

Sí → Si contestó que sí, ¿cuánto paga? (*escriba la cantidad aquí*)\$ _____

No aplica

78. ¿Tiene Ud. que pagar un copago o una cantidad fija en dólares cada vez que compra **medicina recetada**?

No

Sí

No aplica

78.a. En los últimos 12 meses, ¿hubo un tiempo en el cual no obtuvo una medicina recetada porque el costo era muy alto?

No

Sí

No estoy seguro/a

78.b. En los últimos 12 meses, ¿hubo un tiempo en el cual tomó menos de su medicina de lo que estaba recetado porque el costo era muy alto?

No

Sí

No estoy seguro/a

78.c. En los últimos 12 meses, ¿hubo un tiempo en el cual tomó su medicina con menos frecuencia porque el costo era muy alto?

No

Sí

No estoy seguro/a

78d. En los últimos 12 meses, ¿ha comprado sus recetas de medicinas para la diabetes en farmacias que no sean las de <HP>? Por favor excluya las medicinas que se pueden comprar sin receta, recetas compradas durante emergencias o cuando haya estado de viaje.

No

Sí → **Si contestó que sí**, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses ha comprado una receta de medicinas para la diabetes en una farmacia que no sea de <HP>? _____ (número de veces)

No estoy seguro/a

79. Por favor marque el cuadro que mejor describe si su plan de seguro paga todo, algo o nada de los siguientes equipos o materiales relacionados con su cuidado de la diabetes. Si Ud. paga una pequeña cantidad, escoja “El seguro paga algo.”

	El Seguro Paga Todo 1	El Seguro Paga Algo 2	El Seguro No Paga Nada 3	No estoy Seguro/a 8	No Aplica 7
A. Tiras para el monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Monitores de glucosa	<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. Plumas de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Por favor marque el cuadro que mejor describe si su plan de seguro paga todo, algo o nada de los siguientes servicios relacionados con su cuidado de la diabetes. Si Ud. paga una cantidad pequeña, escoja “El seguro paga algo.”

	El Seguro Paga todo 1	El Seguro Paga Algo 2	El Seguro No Paga Nada 3	No Estoy Seguro/a 8	No Aplica 7
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 la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Pedicuro / doctor de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Programas para dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Psiquiatra y otro profesional para la salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora nos gustaría hacer unas preguntas sobre Ud. mismo. Es muy importante que nuestro estudio represente el punto de vista de toda la gente. Algunas de las preguntas que siguen no son acerca del cuidado de su diabetes directamente. Le hacemos estas preguntas para saber si personas de diferentes orígenes reciben la misma calidad de cuidados médicos. Por esa razón necesitamos las respuestas de las siguientes preguntas. Le quiero recordar que todas sus respuestas son completamente confidenciales.

81. Cuándo usted tenía 12 años, si vivía con su padre, padrastro u otra figura paterna que ayudó a criarlo/la, ¿a qué nivel de escuela llegó él?

- ₀ No viví con un adulto del sexo masculino a los 12 años.
- ₁ 8vo grado o menos
- ₂ Algo de la secundaria pero no se graduó
- ₃ Graduado de la secundaria o el equivalente
- ₄ Escuela vocacional
- ₅ Parte de la universidad o escuela técnica
- ₆ Licenciatura
- ₇ Más que una licenciatura
- ₈ No sé

82. Cuándo usted tenía 12 años, si vivía con su madre, madrastra u otra figura materna que ayudó a criarlo/la, ¿a qué nivel de escuela llegó ella?

- ₀ No viví con un adulto del sexo femenino a los 12 años.
- ₁ 8vo grado o menos
- ₂ Algo de la secundaria pero no se graduó
- ₃ Graduada de la secundaria o el equivalente
- ₄ Escuela vocacional
- ₅ Parte de la universidad o escuela técnica
- ₆ Licenciatura
- ₇ Más que una licenciatura
- ₈ No sé

83. ¿Cómo describiría su situación actual de trabajo?

- ₁ Trabajo por mí mismo/a
- ₂ Empleado/a con salario
- ₃ Jubilado/a (*Pase a la pregunta 86.*)
- ₄ Ama de casa (*Pase a la pregunta 86.*)
- ₅ Estudiante (*Pase a la pregunta 86.*)
- ₆ No puedo trabajar debido a mi mala salud (*Pase a la pregunta 86.*)
- ₇ No trabajo por otras razones (*Pase a la pregunta 86.*)

84. ¿En todos sus trabajos combinados, más o menos cuántas horas trabaja por una remuneración en una SEMANA PROMEDIO?

_____ Horas

85. ¿Qué clase de trabajo desempeña? (Por ejemplo ventas de autos, contador, impresor)

Indique el nombre de su ocupación: _____ *(Pase a la pregunta 87.)*

Nunca tuve trabajo asalariado. *(Pase a la pregunta 90.)*

86. Si tuvo un trabajo afuera de casa anteriormente, ¿qué tipo de trabajo era?

Indique el nombre de su ocupación: _____

Nunca tuve un trabajo fuera de casa *(Pase a la pregunta 90.)*

87. ¿Cuál es o era la actividad más importante en este trabajo o negocio? (Por ejemplo: vender automóviles, llevar libros contables, operar una prensa de impresión).

Indique el tipo de actividad: _____

88. ¿Usted toma o tomaba, o participa activamente en la toma de decisiones acerca de los productos o servicios brindados, el número de empleados o presupuestos y demás?

No

Sí

89. Como un aspecto oficial de ese trabajo, ¿usted tiene o tenía que supervisar el trabajo de otros empleados o les tiene o tenía que decir lo que debían hacer?

No

Sí

90. Actualmente, ¿cuál es su estado civil o doméstico?

Casado/a

Viviendo con una pareja pero no casados

Divorciado/a o separado/a *(Pase a la pregunta 96.)*

Viudo/a *(Pase a la pregunta 96.)*

Nunca casado/a *(Pase a la pregunta 96.)*

91. ¿A qué nivel de escuela llegó su esposo/a o pareja?

- 1 8vo grado o menos
- 2 Algo de la secundaria pero no se graduó
- 3 Graduado/a de la secundaria o el equivalente
- 4 Escuela vocacional
- 5 Parte de la universidad o escuela técnica
- 6 Licenciatura
- 7 Más que una licenciatura
- 8 No sé

92. De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor la situación de trabajo actual de su esposo/a o pareja?

- 1 Trabaja por sí mismo/a
- 2 Empleado/a con salario
- 3 Jubilado/a (*Pase a la pregunta 94.*)
- 4 Ama de casa (*Pase a la pregunta 94.*)
- 5 Estudiante (*Pase a la pregunta 94.*)
- 6 No puede trabajar debido a mala salud (*Pase a la pregunta 94.*)
- 7 No trabaja por otras razones (*Pase a la pregunta 94.*)
- 8 No sé (*Pase a la pregunta 94.*)

93. ¿Qué clase de trabajo desempeña su esposo/a o pareja?

Indique el nombre de su ocupación: _____ (*Pase a la pregunta 95.*)

- 1 Nunca tuvo trabajo asalariado (*Pase a la pregunta 96.*)
- 8 No sé (*Pase a la pregunta 96.*)

94. Si su esposo/a o pareja tuvo un trabajo afuera de la casa anteriormente, ¿ qué tipo de trabajo era?

Indique el nombre de la ocupación: _____

- 1 Nunca tuvo trabajo asalariado (*Pase a la pregunta 96.*)
- 8 No sé (*Pase a la pregunta 96.*)

95. ¿Cuál es o era la actividad más importante en este trabajo o negocio? (Por ejemplo: vender automóviles, llevar libros contables, operación de una prensa de impresión, etc.).

Indique el tipo de actividad: _____

- 8 No sé

96. Incluyéndose a usted mismo/a, ¿cuánta gente vive en su hogar? _____

97. ¿Viven niños de 6 años o menos con usted?

- No (*Pase a la pregunta 99.*)
 Sí

98. ¿Es usted el/la principal responsable de su cuidado?

- No
 Sí

99. ¿Hay alguien mayor de 7 años en su hogar que requiere cuidado especial, como un niño o adulto con necesidades especiales o discapacidades?

- No
 Sí

100. ¿En que país nació Ud.?

- Estados Unidos (Si nació en los Estados Unidos pase a la pregunta 102.)
 Otro, favor de especificar _____

101. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en los Estados Unidos? _____ años

102. Pensando en donde vive Ud., ¿qué tan problemáticos son los siguientes?

	Un problema serio	Un problema un poco serio	Un problema menor	Ningún problema
	1	2	3	4
A. Crimen en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Acceso a instalaciones de ejercicio o recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Basura o desorden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Iluminación de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Acceso a transportación pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Acceso a un supermercado cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102.G. Piense en esta escalera como una representación de la posición de la gente en su comunidad. Las personas definen comunidad de diferentes maneras, imagínese a todos en su comunidad parados en algún escalón de la escalera. En la PARTE SUPERIOR de la escalera están los que tienen la posición más prominente en su comunidad y en la parte inferior los menos prominentes. Mientras más arriba esté en esta escalera, más allegado está a los de la parte superior y mientras más abajo, más allegado está a los de la parte inferior.



¿Dónde se colocaría usted en esta escalera en comparación a otros en su comunidad? *Por favor coloque una "X" grande directamente en el escalón en el que piensa que está.*

102H Piense en esta escalera como una representación de la posición de la gente en los Estados Unidos. En la PARTE SUPERIOR de la escalera está la gente que está mejor, los que tienen más dinero, más educación y los trabajos más respetables. En la PARTE INFERIOR están los que están peores, los que tienen menos dinero, menos educación y los trabajos menos respetables o que no tienen trabajo. Mientras más arriba esté en la escalera, más allegado está a la gente en la parte superior y mientras más abajo, más allegado a los de la parte inferior.



¿Dónde se pondría en esta escalera en comparación a toda la demás gente en los Estados Unidos? *Por favor coloque una "X" grande directamente en el escalón en el que cree que está.*

103. Por favor indique cual de las siguientes categorías de ingresos describe mejor el ingreso total de su hogar, antes de impuestos el año pasado. El ingreso anual de su hogar incluye todo los sueldos y otros ingresos antes de impuestos así como intereses, ingresos de alquiler, ingresos de jubilación, asistencia del gobierno (como incapacidad, asistencia social, etc.), pensiones, asignación familiar, pensión alimenticia, etc.

- 103a. Menos de \$25,000
- ₁ Menos de \$5,000
 - ₂ De \$5,000 a \$7,500
 - ₃ De \$7,500 a \$10,000
 - ₄ De \$10,000 a \$12,500
 - ₅ De \$12,500 a \$15,000
 - ₆ De \$15,000 a \$20,000
 - ₇ De \$20,000 a \$25,000

- 103b. Entre \$25,000 y \$50,000
- De \$25,000 a \$30,000
 - De \$30,000 a \$35,000
 - De \$35,000 a \$40,000
 - De \$40,000 a \$45,000
 - De \$45,000 a \$50,000

- 103c. Mas de \$50,000
- De \$50,000 a \$60,000
 - De \$60,000 a \$75,000
 - De \$75,000 a \$100,000
 - De \$100,000 a \$125,000
 - \$125,000 o más

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Una vez más queremos agradecerle por su participación en este estudio. Hemos aprendido mucho de gente como usted acerca de lo que es vivir con diabetes. De hecho, esperamos poder continuar con el estudio TRIAD y de ser así, quisiéramos saber si estaría bien que le contactáramos nuevamente en el futuro, que no sería por lo menos en dos años.

___Sí ___No

(Si su respuesta es sí)

Por si se muda o cambia de número telefónico, por favor dénos el número y nombre de alguien que sepa dónde estará usted.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

¡Gracias por completar este cuestionario!