

**Medicare Health Outcomes Survey-
Modified
Questionnaire (Spanish)
2018**

Insert HOS-M Cover Art (Spanish)

Instrucciones para la Encuesta Modificada de Medicare Sobre la Salud

Esta encuesta contiene preguntas sobre su salud, sentimientos y capacidad de realizar actividades diarias. Por favor tome su tiempo para llenar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si necesita ayuda para llenar esta encuesta, un familiar o amigo puede llenar la encuesta sobre la salud de usted. Si NO hay ningún familiar o amigo disponible, por favor solicite ayuda a su enfermera u otro profesional de atención de salud.

- Responda las preguntas marcando con una "X" la casilla que está al lado de la respuesta apropiada, tal como se muestra en el siguiente ejemplo.

¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
2 Mujer

- Por cada pregunta, asegúrese de leer todas las respuestas posibles antes de marcar una casilla con una «X».
- Es posible que algunas de las preguntas le parezcan personales. Es importante que usted conteste TODAS las preguntas en la encuesta. No obstante, si no desea responder a una pregunta, no tiene que hacerlo. Si no está seguro de la respuesta a una pregunta o si no está seguro si esa pregunta es pertinente a usted, por favor responda seleccionando la MEJOR respuesta disponible.
- **Por favor llene el cuestionario por completo antes de transcurridas dos semanas y devuelva el cuestionario con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.**

SI USTED ESTÁ LLENANDO ESTE CUESTIONARIO POR OTRA PERSONA

Por favor dé respuestas que usted considere que describen mejor la salud, sentimientos y capacidad de realizar actividades diarias de esa persona. Responda a cada pregunta como usted cree que respondería la persona a quien está ayudando.

Toda información que pudiera identificar a cualquier persona que complete esta encuesta es protegida por la Ley de Privacidad y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará sólo para propósitos permitidos por la ley y no se revelará ni se proporcionará por cualquier otra razón. Si usted tiene alguna pregunta o desea saber más sobre el estudio, por favor llame a [vendor name] al [toll-free number].

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de datos a menos que ésta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta encuesta es 0938-0701. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta encuesta es un promedio de 20 minutos, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar los datos necesarios, y completar y revisar el formulario. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

OMB 0938-0701 Version 02-1

© 2018 Propiedad intelectual de National Committee for Quality Assurance (NCQA). Este cuestionario no puede reproducirse o transmitirse por ningún medio, electrónico o mecánico, sin la expresa autorización escrita del NCQA. Todos los derechos están reservados.

Preguntas 1, 6-13: El contenido de las preguntas de la Encuesta de salud VR-12 se desarrolló y se modificó a partir de una encuesta sobre la salud de 36 preguntas.

Encuesta de Medicare Sobre la Salud—Modificada

1. En general, ¿diría usted que su salud es...?

Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para levantar o cargar objetos con un peso de hasta 10 libras, tales como un saco de papas o patatas?

Ninguna Dificultad	Poca Dificultad	Cierta Dificultad	Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para caminar un cuarto de milla; es decir, aproximadamente 2 o 3 cuadras?

Ninguna Dificultad	Poca Dificultad	Cierta Dificultad	Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. A causa de un problema físico o de salud, ¿tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades **sin equipo especial o ayuda de otra persona**?

	No, No Tengo Dificultad	Sí, Tengo Dificultad	No Puedo Hacer Esta Actividad
a. Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Vestirse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Comer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Sentarse o levantarse de una silla.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Caminar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Usar el inodoro (el baño).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

5. ¿Recibe **ayuda de otra persona** para alguna de estas actividades?

	Sí, Recibo Ayuda	No, No Recibo Ayuda	No Realizo Esta Actividad
a. Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Vestirse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Comer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Sentarse o levantarse de una silla.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Caminar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Usar el inodoro (el baño).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

6. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, Me Limita Mucho	Sí, Me Limita Un Poco	No, No Me Limita En Absoluto
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
a. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Subir varios pisos por la escalera.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**? (Si no puede trabajar ni realizar actividades diarias regulares por favor responda que «sí, siempre» a ambas preguntas.)

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)? (Si no puede trabajar ni realizar actividades diarias regulares por favor responda que «sí, siempre» a ambas preguntas.)

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado que lo usual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió el **dolor** con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada En Absoluto	Ligeramente	Medianamente	Bastante	Extremadamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

10. ¿Cuanto tiempo durante las **últimas 4 semanas**:

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido tranquilo y sosegado ?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. ha tenido muchas energías ?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. se ha sentido desanimado y triste ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

11. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuanto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Ahora quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre cómo puede haber cambiado su salud.

12. Comparando su **salud física** con la de hace un año atrás, ¿cómo la calificaría en general **ahora**?

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Comparando sus **problemas emocionales** (por ejemplo, tener ansiedad, estar deprimido o irritable) con los de hace un año atrás, ¿cómo los calificaría en general **ahora**?

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

14. ¿Tiene episodios de pérdida de la memoria que interfieren con sus actividades diarias?

- 1 Sí
2 No

15. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para controlar la orina (accidentes de la vejiga)?

	Nunca	Menos de una vez por semana	Una o más veces por semana	Diariamente	Catéter
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Quién llenó este cuestionario?

- 1 Participante de Medicare **→ PARE AQUÍ.**
2 Familiar, pariente o amigo del participante de Medicare **→ Pase a la pregunta 17**
3 Enfermera u otro profesional de la salud **→ Pase a la pregunta 17**

17. ¿Por qué razón llenó usted esta encuesta por otra persona? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.)

- 1 Problemas físicos
2 Pérdida de memoria o problemas mentales
3 No puede hablar ni leer español
4 Persona no disponible
5 Otra

18. ¿Cómo ayudó usted a llenar esta encuesta? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.)

- 1 Le leí las preguntas a la persona
2 Escribí las respuestas de la persona
3 Respondí a las preguntas con base en mi experiencia con la persona
4 Usé el historial clínico para llenar la encuesta
5 Traduje las preguntas de la encuesta
6 Otra

EXCLUSIVAMENTE PARA PERSONAL PROFESIONAL (PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD)

19. ¿Cuál de los siguientes **describe mejor** su posición? (Por favor elija **una** respuesta.)

- ¹ Asistente de salud en el hogar, ayudante de cuidado personal, asistente de enfermero certificado.
- ² Enfermero (RN, LPN o NP)
- ³ Trabajador social o administrador de casos
- ⁴ Personal de hogar adoptivo para adultos/ centro de cuidado diurno/ residencia con asistencia mínima/ centro de cuidado para pacientes que residen en la institución.
- ⁵ Intérprete
- ⁶ Otro

USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA. GRACIAS.

Utilice el sobre prepagado que se encuentra adjunto para enviar su encuesta completada a:

Insert Vendor Contact Info Here