

Medicare Health Outcomes Survey Questionnaire (Spanish)

HOS 3.0 2017

Insert Cover Art (Spanish)

Instrucciones para la Encuesta de Medicare Sobre la Salud

Esta encuesta le pregunta sobre usted y su salud. Por favor, responda a cada pregunta pensando en usted mismo. Por favor tome su tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si no le es posible completar esta encuesta, un familiar o un “representante” pueden llenar la información sobre usted.

Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.

- Responda a las preguntas poniendo una ‘X’ en la casilla de la respuesta apropiada, como el ejemplo a continuación.

¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
2 Mujer

- Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de marcar una casilla con una ‘X’.
➤ Algunas veces se le indica que se salte algunas preguntas de esta encuesta. Cuando suceda esto, verá una nota que le indica a qué pregunta responder a continuación, como la siguiente:

- 1 Si → **Pase a la pregunta 35**
2 No → **Pase a la pregunta 36**

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 que no 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

© 2017 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 1-9: El contenido de las preguntas de la *Encuesta de salud VR-12* se desarrolló y se modificó de una encuesta sobre la salud de 36 preguntas.

Encuesta de Medicare Sobre la Salud

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. 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

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, o jugar al boliche o al golf

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita en absoluto

b. Subir **varios** pisos por la escalera

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita en absoluto

3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**?

a. **¿Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado **a causa de su salud física**?

- No, nunca
- Sí, muy pocas veces
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre
- Sí, siempre

b. Ha tenido limitaciones en cuanto al **tipo** de trabajo u otras actividades **a causa de su salud física**?

- No, nunca
- Sí, muy pocas veces
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre
- Sí, siempre

4. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)?

a. **Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado **a causa de algún problema emocional**

- No, nunca
- Sí, muy pocas veces
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre
- Sí, siempre

b. Ha hecho el trabajo u otras actividades **con menos cuidado** que lo usual **a causa de algún problema emocional**

- No, nunca
- Sí, muy pocas veces
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre
- Sí, siempre

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

- Nada en absoluto
- Ligeramente
- Medianamente
- Bastante
- Extremadamente

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.

6. ¿Cuánto tiempo durante las **últimas 4 semanas**...

a. se ha sentido calmado y tranquilo?

- Siempre
1
- Casi siempre
2
- Muchas veces
3
- Algunas veces
4
- Casi nunca
5
- Nunca
6

b. ha tenido mucha energía?

- Siempre
1
- Casi siempre
2
- Muchas veces
3
- Algunas veces
4
- Casi nunca
5
- Nunca
6

c. se ha sentido desanimado y triste?

- Siempre
1
- Casi siempre
2
- Muchas veces
3
- Algunas veces
4
- Casi nunca
5
- Nunca
6

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

- Siempre
1
- Casi siempre
2
- Algunas veces
3
- Casi nunca
4
- Nunca
5

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

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

- Mucho mejor
1
- Algo mejor
2
- Más o menos igual
3
- Algo peor
4
- Mucho peor
5

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

- Mucho mejor
1
- Algo mejor
2
- Más o menos igual
3
- Algo peor
4
- Mucho peor
5

Anteriormente en la encuesta se le pidió que indicara si tenía alguna limitación en sus actividades. A continuación le haremos unas cuantas preguntas más en esta área.

10. 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?**

a. Bañarse

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

b. Vestirse

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

c. Comer

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

d. Sentarse o levantarse de la silla

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

e. Caminar

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

f. Usar el inodoro

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No puedo hacer esta actividad

11. A causa de un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para hacer las siguientes actividades?

a. Preparar alimentos/comidas

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No realizo esta actividad

b. Administrar dinero

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No realizo esta actividad

c. Tomar medicamentos como fueron recetados

- No, no tengo dificultad
 Sí, tengo dificultad
 No realizo esta actividad

Las siguientes preguntas se refieren a su salud física y mental durante los últimos 30 días.

12. Ahora, pensando en su salud física, que incluye padecimientos físicos y lesiones, ¿cuántos días durante los **últimos 30 días** no fue buena su **salud física**?

Por favor escriba un número entre "0" y "30" días. Si su respuesta es "ningún día", por favor escriba "0" días. Su mejor estimado es suficiente.

--	--

días

13. Ahora, pensando en su salud mental, que incluye tensión, depresión y problemas emocionales, ¿por cuántos días durante los **últimos 30 días** no fue buena su **salud mental**?

Por favor escriba un número entre "0" y "30" días. Si su respuesta es "ningún día", por favor escriba "0" días. Su mejor estimado es suficiente.

--	--

días

14. Durante los **últimos 30 días**, ¿por cuántos días le impidió su **mal estado de salud física o mental** realizar sus actividades normales como cuidados de sí mismo, trabajar o participar en actividades recreativas?

Por favor escriba un número entre "0" y "30" días. Si su respuesta es "ningún día", por favor escriba "0" días. Su mejor estimado es suficiente.

--	--

días

Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre problemas médicos específicos

15. ¿Es usted ciego(a) o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes/anteojos?

1 Sí
2 No

16. ¿Es usted sordo(a) o tiene mucha dificultad para oír, aunque use audífonos?

1 Sí
2 No

17. **Debido a un problema físico, mental o emocional**, ¿tiene usted mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

1 Sí
2 No

18. **Debido a un problema físico, mental o emocional**, ¿tiene usted dificultad para realizar quehaceres fuera del hogar por sí mismo(a) como ir al consultorio del doctor o ir de compras?

1 Sí
2 No

19. Durante el **mes pasado**, ¿con qué frecuencia los problemas de la memoria interfirieron con sus actividades diarias?

- 1 Todos los días (7 días a la semana)
2 Muchos días (5 a 6 días a la semana)
3 Algunos días (2 a 4 días a la semana)
4 Rara vez (Una vez a la semana o menos)
5 Nunca

¿**Alguna vez** le ha dicho un médico que usted padecía de...?

20. Hipertensión o presión alta de la sangre

1 Sí
2 No

21. Angina de pecho o enfermedad de las arterias coronarias

1 Sí
2 No

22. Insuficiencia cardíaca

1 Sí
2 No

23. Un infarto de miocardio o ataque al corazón

1 Sí
2 No

24. Otros problemas del corazón, tales como problemas con las válvulas del corazón o con el ritmo del latido de su corazón

1 Sí
2 No

25. Un ataque de apoplejía (derrame cerebral, embolia cerebral)

1 Sí
2 No

¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...?

26. Enfisema o asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- Sí
1
 No
2

27. Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o enfermedad inflamatoria intestinal

- Sí
1
 No
2

28. Artritis de la cadera o de la rodilla

- Sí
1
 No
2

29. Artritis de la mano o de la muñeca

- Sí
1
 No
2

30. Osteoporosis, conocida a veces como huesos frágiles o quebradizos

- Sí
1
 No
2

31. Ciática (dolor o entumecimiento que baja por la pierna hasta debajo de la rodilla)

- Sí
1
 No
2

32. Diabetes o exceso de azúcar en la sangre o en la orina

- Sí
1
 No
2

33. Depresión

- Sí
1
 No
2

34. Cualquier tipo de cáncer (aparte del cáncer de piel)

- Sí → **Pase a la pregunta 35**
1
 No → **Pase a la pregunta 36**
2

35. **Actualmente**, ¿está recibiendo tratamiento para:

a. cáncer del colon o del recto?

- Sí
1
 No
2

b. cáncer de los pulmones?

- Sí
1
 No
2

c. cáncer de mama o seno?

- Sí
1
 No
2

d. cáncer de la próstata?

- Sí
1
 No
2

e. otro cáncer (otro que no sea cáncer de la piel)?

- Sí
1
 No
2

36. En los **últimos 7 días**, ¿cuánto interfirió el dolor en sus actividades diarias?

- Nada en absoluto
1
 Un poco
2
 Algo
3
 Bastante
4
 Totalmente
5

37. En los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia el dolor le impidió que participara en actividades sociales con otras personas?

- Nunca
1
 Rara vez
2
 A veces
3
 Con frecuencia
4
 Siempre
5

38. En los **últimos 7 días**, ¿cómo calificaría el dolor que sintió, **en promedio**?

01	<input type="checkbox"/> 1 Nada de dolor
02	<input type="checkbox"/> 2
03	<input type="checkbox"/> 3
04	<input type="checkbox"/> 4
05	<input type="checkbox"/> 5
06	<input type="checkbox"/> 6
07	<input type="checkbox"/> 7
08	<input type="checkbox"/> 8
09	<input type="checkbox"/> 9
10	<input type="checkbox"/> 10 El peor dolor imaginable

39. Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

a. Tener poco interés o agrado en hacer las cosas

1	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
2	<input type="checkbox"/> Varios días
3	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días
4	<input type="checkbox"/> Casi todos los días

b. Sentirse muy decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

1	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
2	<input type="checkbox"/> Varios días
3	<input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días
4	<input type="checkbox"/> Casi todos los días

40. En general, comparado con otras personas de su edad, ¿diría que su salud es:

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

41. ¿**Actualmente** usted fuma todos los días, algunos días o no fuma nada?

1	<input type="checkbox"/> Todos los días
2	<input type="checkbox"/> Algunos días
3	<input type="checkbox"/> No fumo nada
4	<input type="checkbox"/> No sé

42. Muchas personas se orinan en forma involuntaria, lo que también se conoce como incontinencia urinaria. En los **últimos seis meses**, ¿se ha orinado en forma involuntaria?

1	<input type="checkbox"/> Sí → Pase a la pregunta 43
2	<input type="checkbox"/> No → Pase a la pregunta 46

43. Durante los **últimos seis meses**, ¿cuánto han cambiado sus actividades diarias debido a orinar en forma involuntaria o cuánto ha interferido en su forma de dormir?

1	<input type="checkbox"/> Mucho
2	<input type="checkbox"/> Algo
3	<input type="checkbox"/> Nada

44. ¿**Alguna vez** ha hablado con un doctor, enfermera u otro personal médico sobre orinar en forma involuntaria?

1	<input type="checkbox"/> Sí
2	<input type="checkbox"/> No

45. Hay muchas maneras de controlar o tratar la pérdida de orina en forma involuntaria, incluyendo ejercicios de la vejiga, tratamiento con medicamentos y operación. ¿**Alguna vez** ha hablado con un doctor, enfermera u otro personal médico sobre alguna de estas opciones?

1	<input type="checkbox"/> Sí
2	<input type="checkbox"/> No

46. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado usted con un doctor u otro personal médico sobre el nivel de ejercicios o actividad física que usted hace? Por ejemplo, un doctor u otro personal médico puede preguntarle si usted hace ejercicios o participa en ejercicios físicos

- Sí → **Pase a la pregunta 47**
 No → **Pase a la pregunta 47**
 No he acudido al médico durante los últimos 12 meses
→ **Pase a la pregunta 48**

47. En los **últimos 12 meses**, ¿un doctor u otro personal médico le ha aconsejado que empiece, aumente o mantenga su nivel de ejercicios o actividad física? Por ejemplo, con el fin de mejorar su salud, su médico u otro personal médico puede aconsejarle que empiece subir o bajar las escaleras, que aumente el tiempo que camina de 10 a 20 minutos al día o que mantenga su programa actual de ejercicios.

- Sí
 No

48. Una caída es cuando su cuerpo va a dar al suelo sin que lo empujen. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado con un doctor u otro personal médico sobre caerse o sobre problemas de equilibrio o problemas para caminar?

- Sí
 No
 No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

49. ¿Se ha caído durante los **últimos 12 meses**?

- Sí
 No

50. En los **últimos 12 meses**, ¿ha tenido problemas de equilibrio o problemas para caminar?

- Sí
1
 No
2

51. ¿Su doctor u otro personal médico le ha realizado algo para ayudarlo/a a prevenir caídas o tratar sus problemas de balance o de caminar? Algunas cosas pueden incluir:

- Sugerir que use un bastón o un andador.
- Medirle la presión o tensión arterial cuando usted está acostado o de pie.
- Sugerir que participe en un programa de ejercicios o de terapia física.
- Sugerir que se haga un examen de la vista o del oído.

- Sí
1
 No
2
 No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

52. ¿Usted se ha hecho **alguna vez** una **prueba de densidad ósea** para comprobar si tiene o no **osteoporosis**, conocida a veces como “huesos quebradizos”? Esta prueba se le habría hecho a la espalda o la cadera.

- Sí
1
 No
2

53. Durante los **últimos 30 días**, en promedio, ¿cuántas horas durmió realmente durante la noche? (Esto puede ser diferente del número de horas que estuvo en la cama).

- Menos de 5 horas
1
 De 5 a 6 horas
2
 De 7 a 8 horas
3
 9 o más horas
4

54. Durante el **mes pasado**, ¿cómo calificaría la calidad de cómo durmió, en general?

- 1 Muy bien
- 2 Más o menos bien
- 3 Más o menos mal
- 4 Muy mal

55. ¿Cuánto pesa usted en libras?

--	--	--

 libras

56. ¿Cuánto mide sin zapatos, en pies y en pulgadas? Ingrese la información en pies y en pulgadas, por ejemplo: 5 pies 00 pulgadas o 5 pies 04 pulgadas (si es 1/2 pulgada, redondee).

--	--	--

 pies

--	--

 pulgadas

57. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
- 2 Mujer

58. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 1 No soy de origen hispano, latino o español
- 2 Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- 3 Sí, puertorriqueño
- 4 Sí, cubano
- 5 Sí, otro grupo de origen hispano, latino o español

59. ¿Cuál es su raza? (Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 01 Blanca
- 02 Negra o africana americana
- 03 India americana o nativa de Alaska
- 04 India asiática
- 05 China
- 06 Filipina
- 07 Japonesa
- 08 Coreana
- 09 Vietnamita
- 10 Otro grupo asiático
- 11 Nativa de Hawái
- 12 Guameña o chamorro
- 13 Samoana
- 14 Otra isla del Pacífico

60. ¿Qué idioma habla **principalmente** en su hogar?

- 1 Inglés
 - 2 Español
 - 3 Chino
 - 4 Algún otro idioma (favor de especificar)
-

61. ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Separado
- 4 Viudo
- 5 Nunca se ha casado

62. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha terminado?

- 1 8 grado o menos
- 2 Del 9 al 12 grado (secundaria superior, preparatoria, bachillerato) pero sin graduarse
- 3 Graduado de la escuela secundaria o superior, preparatoria o bachillerato, o diploma de equivalencia
- 4 Algo de universidad o graduado de carrera de 2 años
- 5 Graduado de 4 años de universidad
- 6 Estudios de postgrado

63. ¿Vive usted solo(a) o con otras personas?
(Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 1 Solo(a)
- 2 Con su esposo(a) o pareja
- 3 Con sus hijos o con otros familiares
- 4 Con personas que no son de su familia
- 5 Con un cuidador al que se le paga

64. ¿Dónde vive usted?

- 1 En una casa, apartamento, condominio o casa móvil
→ **Pase a la pregunta 65**
- 2 En una vivienda asistida o una vivienda que incluye casa, comida y cuidados
→ **Pase a la pregunta 65**
- 3 En un asilo o residencia de ancianos
→ **Pase a la pregunta 66**
- 4 Otro → **Pase a la pregunta 66**

65. ¿Es la casa o apartamento en que vive usted actualmente:

- 1 su propiedad o está en proceso de ser comprada por usted?
- 2 la propiedad de algún familiar o está en proceso de ser comprada por un familiar?
- 3 alquilada a cambio de dinero?
- 4 no es su propiedad y vive allí sin pagar renta?
- 5 ninguna de las anteriores?

66. ¿Quién llenó este cuestionario?

- 1 La persona a la que se dirigió la encuesta
→ **Pase a la pregunta 68**
- 2 Un familiar o pariente de la persona a quien se dirigió la encuesta
- 3 Un amigo de la persona a quien se dirigió la encuesta
- 4 Un profesional de cuidado de salud de la persona a quien se dirigió la encuesta

67. ¿Alguien lo ayudó a completar esta encuesta? Si es así, escriba el nombre de esa persona.

NO escriba el nombre de la persona a quien se le hizo esta encuesta.

Por favor, escriba **claramente con letra imprenta**.

Nombre: _____

Apellido: _____

68. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor el **ingreso total de todos los miembros de su hogar** durante los **últimos 12 meses?**

- 01 Menos de \$5,000
- 02 \$5,000–\$9,999
- 03 \$10,000–\$19,999
- 04 \$20,000–\$29,999
- 05 \$30,000–\$39,999
- 06 \$40,000–\$49,999
- 07 \$50,000–\$79,999
- 08 \$80,000–\$99,999
- 09 \$100,000 o más
- 10 No sé

**USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA.
GRACIAS.**

Insert Survey Vendor

Contact Information Here