

**New Jersey Department of Health  
Office of Minority and Multicultural Health**

**PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS  
“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”  
ENCUESTA POSTERIOR PARA PARTICIPANTES DEL TALLER**

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**I. En general, diría que su salud es: (marque una)**

Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

<b>II. Actividades diarias</b>		<i>(circule solo una por fila)</i>				
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>En gran medida</b>	<b>Bastante</b>	<b>Casi siempre</b>
1	Su salud ha interferido en sus actividades sociales normales con la familia, los amigos, los vecinos o los grupos?	0	1	2	3	4
2	Su salud ha interferido en sus pasatiempos o actividades recreativas?	0	1	2	3	4
3	Su salud ha interferido en sus tareas domésticas?	0	1	2	3	4
4	Su salud ha interferido en los mandados y las compras?	0	1	2	3	4

**“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”**  
**ENCUESTA POSTERIOR PARA PARTICIPANTES DEL TALLER**  
 (Continuación)

<b>III. Controlando mi enfermedad</b>						
Para cada una de las siguientes aseveraciones acerca de cuan fácil le resulta hacer diferentes tareas diarias, <b>circule</b> el número de la respuesta que mejor describa cuan de acuerdo está usted con la aseveración.		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1	Sentirme <u>cansado</u> de estar enfermo no me impide hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
2	Sentir <u>dolor, malestar o la molestia</u> de estar enfermo no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
3	Sentirme <u>molesto, triste o llorar</u> por estar enfermo no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
4	Sentir <u>cualquier otro</u> síntoma de problemas de salud o enfermedad (dolor, malestar estar triste) no me impiden hacer las cosas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
5	Puedo hacer las cosas que necesito hacer para controlar mi enfermedad y evitar ir a la sala de emergencias o ir a mi médico.	1	2	3	4	5
6	Puedo hacer otras cosas, no solo tomarme una pastilla para evitar que mi enfermedad sea un problema diario.	1	2	3	4	5

**IV. Durante la semana pasada, pude estrecharme, caminar, hacer la bicicleta, o hacer otros tipos de ejercicios físicos durante:**  
 (marque una)

Nada

Menos de 30 minutos a la semana

30 a 60 minutos a la semana

1 a 3 horas a la semana

Más de 3 horas a la semana

**V. Como resultado de este taller, he hecho cambios en mi estilo de vida, como por ejemplo, comer más saludable, hacer ejercicios, etc.** (marque solo una)

Muy de acuerdo       De acuerdo       En desacuerdo       Muy en desacuerdo

**“TOMANDO CONTROL DE SU SALUD”**  
**ENCUESTA POSTERIOR PARA PARTICIPANTES DEL TALLER**  
 (Continuación)

<b>VI. Atención médica</b> Cuando <b>consulta a su médico:</b> (Favor de circular un número para cada pregunta)		<i>(Circule una por fila)</i>					
		<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Seguido</b>	<b>Muy Seguido</b>	<b>Siempre</b>
1	Prepara una lista de preguntas para su médico	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2	Hace preguntas su médico sobre lo que quiere saber y lo que no comprende de su tratamiento	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3	Discute con su médico otras cosas no relacionadas con su enfermedad	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

4	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES consultó a un médico? (No incluya las consultas mientras estuvo en el hospital o las consultas en la sala de emergencias de un hospital.)	_____ Veces
5	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue a una clínica o a una sala de cuidado ambulatorio, de las que no requieren cita, para una emergencia?	_____ Veces
6	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue al departamento o sala de emergencias de un hospital?	_____ Veces
7	En los últimos 2 meses, ¿cuántas VECES fue internado por una noche o más tiempo en un hospital?	_____ Veces

**VII. Seleccione todas las opciones que correspondan:**

Soy un participante que tiene una enfermedad crónica.  Sí  No

Soy el cuidador de una persona que tiene una enfermedad crónica.  Sí  No

**VIII. Esta encuesta ha sido respondida o completada de la siguiente forma:**  
(marque una)

Sin ayuda alguna  Con la ayuda de alguien

**¡Gracias por responder a esta encuesta!**