

**TRADUCCIÓN**  
**ENCUESTA DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LOS CDE**  
*11/22/00*

**El guión del entrevistador esta en negritas**

LAS INSTRUCCIONES PARA LOS ENTREVISTADORES ESTAN EN MAYÚSCULAS

HORA DE INICIO |\_|\_|:|\_|\_|

GUIÓN INTRODUCTORIO

**Puedo hablar con** <NOMBRE DE LA ENTREVISTADA>[SI LA ENTREVISTADA NO ESTA DISPONIBLE ENTONCES PREGUNTE CUAL SERÍA EL MOMENTO ADECUADO PARA CONTACTARLA, ETC...]

**Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ y le estoy llamando a nombre del <NOMBRE DEL CDE>. Estamos realizando una encuesta sobre asuntos relativos a la salud de la mujer y al cuidado de la salud (sanitario) que auspicia la Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal y le agradeceríamos mucho su participación. Usted fue seleccionada para este estudio porque durante el pasado año usted visitó al <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>.**

**Me gustaría entrevistarla por aproximadamente 20 minutos sobre su salud, el cuidado de su salud y su satisfacción con los servicios que ofrece el <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>. La información que nos provea se mantendrá confidencial. Sus contestaciones se mantendrán anónimas: lo que significa que su nombre no se incluirá con su respuesta o se le dará a nadie. Su participación en este estudio es voluntaria. Si decide no participar en la encuesta, no se le penalizará, ni su participación afectará los servicios que recibe en <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>. Usted puede detenerse en cualquier momento, y si hay alguna pregunta que prefiere no contestar, indíquemelo y pasaremos a la próxima. Sus opiniones y experiencias son extremadamente importantes y nos ayudarán a mejorar la calidad del cuidado de salud de las mujeres. ¿Puedo empezar la encuesta?**

**Declaración de la Ley Para la Reducción del Papeleo**

**Una agencia federal no puede conducir o patrocinar una recolección de información, y una persona no está obligado a responder, a menos que en esta se despliegue un número de control válido de la “OMB”. La carga pública que conlleva responder a esta recolección de información se estima que variará entre 17 a 28 minutos con un promedio de 20 minutos por respuesta.**

SECCIÓN A. UTILIZACIÓN DE CUIDADO DE SALUD

A1. **Primero, ¿Cual es su edad?** \_\_\_\_\_ años

A2. **¿En los pasados 12 meses, Cuántas visitas en total usted hizo a oficinas o consultorios de médico, clínicas o a otro lugar para recibir cuidado de salud para usted?** \_\_\_\_\_ número de visitas

[INCLUYA TODAS LAS VISITAS A CUALQUIER PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD POR CUALQUIER RAZÓN, INCLUYENDO VISITAS A LAS SALAS DE EMERGENCIA, SALUD MENTAL; TERAPIAS; ETC.]

88= NS (No sabe)  
77= RC (Rehusa contestar)

A3. **¿Cuántas de estas visitas fueron a <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>?** \_\_\_\_\_ número de visitas  
88= NS 77= RC  
[SI NO HIZO VISITAS EN LOS PASADOS 12 MESES, PASE A LAS INSTRUCCIONES QUE PRECEDEN AL NUMERO A7.]

A4. **Ahora, deseo preguntarle sobre su visita más reciente a <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>. ¿Cuándo fue esa visita?-- Solo dígame el mes.** \_\_\_\_\_ mes  
(01=Enero, 02=Feb, Etc.)

A5. **¿Cuál fue la razón principal para esa visita?**  
[SI INDICA MAS DE UNA RAZÓN PARA LA VISITA, PIDALE A LA ENTREVISTADA LA RAZÓN PRINCIPAL]

Cuidado prenatal o posparto.....	1
Examen de rutina o chequeo (check-up).....	2
Tratamiento para un problema de salud nuevo o una lesión .....	3
Seguimiento a problema de salud ya existente.....	4
Otro.....(especifique).....	6
Rehusa contestar.....	7
No sabe.....	8

**ESPECIFIQUE:** \_\_\_\_\_

A6. **¿Vio usted a un / una doctor(a) o a un / una enfermera(o) especialista "Nurse Practitioner" en esa visita?** Sí.....1  
No.....2

LA ENTREVISTADA **NO** ES ELEGIBLE SI ALGO DE LO SIGUIENTE ES CIERTO

1) SI NO VISITÓ A <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> DURANTE EL AÑO PASADO

O

2) SI LA VISITA MÁS RECIENTE A ESTA OFICINA FUE

- UNA VISITA DE EMERGENCIA
- UNA VISITA PARA DEJAR UNA MUESTRA
- UNA VISITA PARA UN SÓLO PROCEDIMIENTO; TAL COMO UNA INYECCION DE ANTICONCEPTIVO; VACUNA DE INFLUENZA; MAMOGRAMA ( MAMOGRAFIA), O VACUNA DE ALERGIA o
- UNA VISITA PARA RECIBIR UN SERVICIO RELACIONADO CON ALIADOS A LA SALUD COMO TERAPIA FÍSICA.

O

3) SI ELLA NO VIÓ A UN/ UNA DOCTOR /A, ENFERMERA \_\_\_\_\_, ENFERMERA PARTERA, O UN (A) ASISTENTE DE MÉDICO EN SU VISITA MAS RECIENTE.

SI LA ENTREVISTADA NO ES ELEGIBLE, DETENGA LA ENTREVISTA EN ESTE PUNTO Y AGRADÉSCALE POR SU TIEMPO

A7. <b>¿Cuánto tiempo hace que usted está asistiendo a &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;?</b>	Primera visita.....1 <1 año.....2 1 a 2 años.....3 Más de 2 años.....4 No sabe.....8 Rehusa contestar.....9
A8. <b>¿Es &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt; el sitio donde usted asiste regularmente cuando está enferma o desea asesoramiento sobre su salud?</b>	Sí.....1 No.....2 Rehusa contestar.....7 No sabe.....8
A9. [SI EL CDE NO ES SU CENTRO HABITUAL DE CUIDADO] <b>¿Hay algún otro sitio a donde usted va cuando esta enferma o requiere asesoramiento sobre su salud?</b>	Sí.....1 No.....2 Rehusa contestar.....7 No sabe.....8
A10. <b>Ahora le haré algunas preguntas sobre sus profesionales de salud en &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;. ¿Tiene usted un /a doctor/ a u otro /a profesional de salud que visita regularmente en &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;? [SI TIENE MAS DE UNO: Por favor contésteme sobre su profesional principal. [Le preguntaré acerca de los otros profesionales en algunos segundos.]</b>	Si.....1 No.....(PASE A LA PREGUNTA A14).....2 Rehusa contestar .....(PASE A LA PREGUNTA A14).....7 No sabe.....(PASE A LA PREGUNTA A14).....8
A11. <b>¿Es este profesional de la salud (un/ una) (LEA LA LISTA)?</b>	Médico de familia o generalista.....01 Médico Internista o de medicina interna.....02 Obstetra o ginecólogo.....03 Asistente de médico (“Physician’s assistant”).....04 Enfermera Especialista (“Nurse practitioner”).....05 Partera (matrona o comadrona).....06 Otro tipo de proveedor de servicios de salud (ESPECIFIQUE).....07 Rehusa contestar (RC).....77 No sabe (NS).....88
<b>ESPECIFIQUE:</b> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A12. <b>¿Es este profesional de la salud hombre o mujer?</b>	Hombre.....1 Mujer.....2 Rehusa contestar (RC).....7 No sabe (NS).....8
A13. <b>¿Aproximadamente por cuántos años ha estado viendo a este/esta profesional de la salud?</b>	Menos de un Año.....01 Número de años..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rehusa contestar (RC).....77 No sabe (NS) .....88

<b>A14. ¿Visita usted regularmente a otros profesionales de la salud en &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;?</b>	Sí.....	1
	No.....(PASE A LA A16).....	2
	Rehusa contestar.....	7
	No sabe.....	8
<b>A15. ¿Por favor indíqueme qué tipo de profesionales de la salud usted ve?</b>	1 <sup>er</sup> Profesional de la Salud Adicional.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2 <sup>do</sup> Profesional de la Salud Adicional.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3 <sup>er</sup> Profesional de la Salud Adicional.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	[UTILIZE LOS CÓDIGOS SIGUIENTES PARA IDENTIFICAR LOS TIPOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD QUE EL PACIENTE VE USUALMENTE]	
[NO INCLUYA AQUÍ A LAS ENFERMERAS DE LA CLINICA (RNs, LPNs, LVNS) AQUÍ]	ESPECIFIQUE:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ESPECIFIQUE:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médico de familia o generalista.....	01	
Internista o médico de medicina interna.....	02	
Obstetra o ginecólogo.....	03	
Asistente de médico “Physician’s assistant”.....	04	
Enfermera Especialista “Nurse practitioner”.....	05	
Partera (Matrona o comadrona).....	06	
Otro tipo de proveedor de servicios de salud .....(ESPECIFIQUE).....	07	
Rehusa contestar (RC).....	77	
No sabe (NS).....	88	
<b>A16. ¿En general, prefiere ver a un profesional de la salud hombre o mujer?</b>	Hombre.....	1
	Mujer.....	2
	Cualquiera.....	3
	Rehusa contestar (RC).....	7
	No sabe (NS).....	8
<b>A17. ¿En los pasados 12 meses, hubo algún momento cuando necesitaba de cuidado médico pero no lo obtuvo?</b>	Sí, necesite cuidado pero no lo obtuve.....	1
	No, .....(PASE A LA A16).....	2
	Rehusa contestar.....	7
	No sabe.....	8
<b>A18. ¿Cual de los siguientes frases mejor describe cómo usted reacciona cuando está enferma, tiene dolor, o está preocupada por su salud? (LEA CADA PREMISA)</b>	Esperaría lo más posible a ver si mejora.....	1
	Esperaría por lo menos una semana a ver si mejora....	2
	Esperaría unos días a ver si mejora.....	3
	Buscaría cuidado u orientación médica tan pronto cómo le sea posible.....	4
	Rehusa contestar.....	7
	No sabe.....	8

SECCIÓN B. Cuidado Preventivo y Consejería

**B1. Existen muchos tipos de servicios de cuidado de salud que reciben las mujeres. Le voy a leer una lista de servicios o pruebas, y me gustaría que me dijese para cada uno, si lo ha tenido en los pasados 12 meses. En los pasados 12 meses ha tenido un...**

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>
a. Examen físico completo.....	1	2	7	8
b. Examen de glaucoma o presión en el ojo.....	1	2	7	8
c. Prueba de colesterol en sangre.....	1	2	7	8
d. Verificación de presión alta.....	1	2	7	8
e. Prueba de diabetes.....	1	2	7	8
f. Examen físico de la mama(seno) por un profesional de la salud.....	1	2	7	8
g. Prueba Pap (Papanicolau).....	1	2	7	8
[DE SER NECESARIO: Un Pap test es una prueba para detectar cáncer cervical (del cuello del útero o matriz)]				
h. Prueba de Densitometría Ósea (para osteoporosis).....	1	2	7	8
i. Prueba de VIH/SIDA.....	1	2	7	8
i. Examen para otras enfermedades de transmisión sexual.....	1	2	7	8
k. Vacuna para la Influenza.....	1	2	7	8
l. MUJERES 50 AÑOS O MAYORES: Prueba cáncer de colón.....	1	2	7	8
m. MUJERES 40 AÑOS O MAYORES: Mamograma (mamografía).....	1	2	7	8
[SI MAYOR DE 50, PASE A LAS INSTRUCCIONES PREVIAS A B3]				
n. Prueba de embarazo.....	1	2	7	8
n. Servicios de planificación familiar o anticonceptivos.....	1	2	7	8
p. Servicios o información sobre aborto.....	1	2	7	8

PREGUNTE EN LA B2 AQUELLAS QUE CONTESTÓ “NO” A LOS CORRESPONDIENTES EN B1. BRINQUE LAS OTRAS Y PASE A LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES A B3

**B2.**

	SÍ	NO	RC	NS
a. [SI CONTESTO NO A B1A ARRIBA] ¿Se ha hecho un examen físico completo en los últimos 3 años?.....	1	2	7	8
b. [SI CONTESTO NO A B1G ARRIBA] ¿Se ha hecho la prueba del Pap en los últimos 3 años?...	1	2	7	8
c. [SI CONTESTO NO A B1F ARRIBA]¿Le ha hecho un profesional de la salud un examen físico del seno (mama) en los últimos 3 años?...	1	2	7	8
d. [MUJERES DE 40 AÑOS O MÁS QUE CONTESTARON NO A B1M ARRIBA] ¿Se ha hecho un mamograma o mamografía en los últimos 3 años?.....	1	2	7	8

PREGUNTE EN B3 AQUELLAS QUE CONTESTÓ “NO” A LAS CORRESPONDIENTES EN B2. BRINQUE LAS OTRAS Y PASE A LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES A B4.

**B3.**

	SÍ	NO	RC	NS
a. [SI NO A B1C ARRIBA] ¿Se ha hecho una prueba de colesterol en la sangre en los últimos 5 años?....	1	2	7	8
b. [SI DE 50 AÑOS O MÁS Y NO A B1L ARRIBA] ¿Se ha hecho una prueba para cáncer de colon en los últimos cinco años?.....	1	2	7	8

PREGUNTE SI CONTESTO SÍ A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (B1O). DE LO CONTRARIO PASE A LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES A B6

<p><b>B4. Usted dijo que recibió servicios de planificación familiar o de anticonceptivos recientemente. ¿Recibió estos servicios en &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt; o en uno de las otras oficinas del &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;?</b></p>	<p>Recibió estos servicios en el CDE (VAYA AL ITEM B6).....1          Recibió estos servicios en otro local del CDE.....          (VAYA AL ITEM B6).....2          Recibió estos servicios en otro sitio .....3          No sabe.....7          Rehusa contestar.....8</p>
<p><b>B5. [SI NO RECIBIÓ LOS SERVICIOS EN UN LOCAL DEL CDE] ¿Alguien en el &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt; le refirió a otro servicio o le ayudó a hacer los arreglos para recibir estos servicios?</b></p>	<p>Si.....1          No.....2          No sabe.....7          Rehusa contestar.....8</p>

PREGUNTE SI CONTESTO SÍ A MAMOGRAMA (B1M o B2D). DE LO CONTRARIO PASE A B8

<p><b>B6. Usted dijo que usted se hizo un mamograma (mamografía) recientemente. ¿Se lo hizo en &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt; o en otro local del &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt;?</b></p>	<p>Recibió estos servicios en el CDE (VAYA AL B8)..1          Recibió estos servicios en otro local del CDE (VAYA AL ITEM B8).....2          Recibió estos servicios en otro sitio.....3          No sabe.....7          Rehusa contestar.....8</p>
<p><b>B7. [SI NO RECIBIÓ LOS SERVICIOS EN UN LOCAL DEL CDE] ¿Alguien en el &lt;NOMBRE FAMILIAR DEL CDE&gt; le le refirió a otro servicio o le ayudó a hacer los arreglos para recibir estos servicios?</b></p>	<p>Si.....1          No.....2          No sabe.....7          Rehusa contestar.....8</p>

**B8. En los pasados 12 meses, un/una doctor/a u otro/a profesional en el <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> conversó con usted....**

[CONTESTE SÍ SÓLO SI LA ENTREVISTADA **CONVERSÓ CON** EL/LA DOCTOR/A O PROFESIONAL DE LA SALUD SOBRE EL TÓPICO]

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>	<u>NA</u>
a. fumar.....	1	2	7	8	9
b. su dieta y peso.....	1	2	7	8	9
c. consumo (uso) de alcohol y drogas.....	1	2	7	8	9
d. ejercicio.....	1	2	7	8	9
e. MUJERES DE 40 AÑOS O MAYORES: terapia de reemplazo de hormonas.....	1	2	7	8	9
f. preocupaciones sobre seguridad o violencia en el hogar .....	1	2	7	8	9
g. preocupaciones familiares o con sus relaciones..	1	2	7	8	9
h. sexualidad, función sexual o preocupaciones relacionadas.	1	2	7	8	9
i. manejo del estrés.....	1	2	7	8	9
j. MUJERES MENORES DE 50: prevención de embarazo no deseado.....	1	2	7	8	9
k. la importancia del consumo adecuado de calcio...	1	2	7	8	9
l. enfermedades de transmisión sexual.....	1	2	7	8	9
m. incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de orina.....	1	2	7	8	9



**B9. ¿En los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la que pensó que necesitaba ver o consultar a un/una profesional de la salud porque se sentía deprimida o ansiosa?**

Sí.....1  
No.....(PASAR A B14).....2  
No sabe.....7  
Rehusa contestar.....8

**B10. ¿En los últimos 12 meses, vio usted a un/una profesional de la salud cuando se sintió deprimida o ansiosa?**

Sí.....1  
No.....(PASAR A B14).....2  
No sabe.....(PASAR A B14).....7  
Rehusa contestar...(PASAR A B14).....8

**B11. ¿Cuál era la especialidad de este/esta profesional?**

Médico generalista.....1  
Trabajador Social o Consejero.....2  
Sicólogo.....3  
Siquiatra.....4  
Otro profesional de la salud (ESPECIFIQUE).....7  
Rehusa contestar.....7  
No sabe.....8

**ESPECIFIQUE:** \_\_\_\_\_

**B12. Recibió usted este cuidado en <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> o en uno de las otras oficinas del <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>**

Recibió estos servicios en el CDE...(VAYA AL ITEM B14). .....1  
Recibió estos servicios en otro local del CDE.....  
(VAYA AL ITEM B14).....2  
Recibió estos servicios en otro sitio.....3  
No sabe.....7  
Rehusa contestar.....8

**B13. [SI NO RECIBIÓ LOS SERVICIOS EN UN LOCAL DEL CDE] ¿Alguien en el <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> le refirió a otro servicio o le ayudó a hacer los arreglos para recibir estos servicios?**

Si.....1  
No.....2  
No sabe.....7  
Rehusa contestar.....8

**B14. En los últimos 12 meses usted ha estado hospitalizada por alguna razón QUE NO FUERA PARA dar a luz (parir).**

Si.....1  
No.....2  
Rehusa contestar.....7  
No sabe.....8

SECCIÓN C. SATISFACCIÓN

**C1. Estamos interesados en su opinión sobre el cuidado recibido en <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> incluyendo todos los doctores, enfermeras, y otros profesionales de la salud que participan en su cuidado, al igual que el personal. Primero le preguntaré sobre la visita que usted hizo a <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> en <MES DE LA MÁS RECIENTE VISITA DE A4> para <RAZÓN PARA LA MÁS RECIENTE VISITA DE A5>. Le voy a leer una lista de aspectos relativos a esa visita. Por favor indíqueme cuán satisfecha estuvo con cada una de éstos. Puede escoger: nada satisfecha, algo satisfecha, satisfecha, muy satisfecha y extremadamente satisfecha.**

[DE SER NECESARIO, USE ESTA FRASE PARA SONDEO: “¿Cuán satisfecha está usted con esta experiencia?”]

	Nada Satisfecha	Algo Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha	Extremadamente Satisfecha	NS	NC	NA
a. La cortesía del personal de oficina	1	2	3	4	5	7	8	9
b. La flexibilidad del personal al programarle sus citas alrededor de sus necesidades	1	2	3	4	5	7	8	9
c. La privacidad al hablar con la recepcionista	1	2	3	4	5	7	8	9
d. Cuán bien el personal le mantuvo informado sobre el tiempo de espera	1	2	3	4	5	7	8	9
e. La ayuda al programar su próxima visita	1	2	3	4	5	7	8	9
f. La oportunidad de hablar vestida con su profesional de la salud	1	2	3	4	5	7	8	9
h. La capacidad del/ de la profesional de la salud de contestarle sus preguntas de manera sensitiva y comprensiva	1	2	3	4	5	7	8	9
i. La capacidad del/ de la profesional de la salud de explicarle las cosas claramente	1	2	3	4	5	7	8	9

	Nada Satisfecha	Algo Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha	Extremadamente Satisfecha	NS	NC	NA
<b>j. La capacidad del/ de la profesional de la salud de hacerla sentir cómoda al conversar sobre sus preocupaciones</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>k. La oportunidad de poder hacer todas sus preguntas</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>l. La capacidad del profesional de la salud de tomar en serio lo que usted le dice</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>m. El conocimiento de su historial médico por el profesional de la salud</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>n. La oportunidad de conseguir en una sola visita todo lo que necesita</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>o. La disposición del profesional de la salud para explicarle las diferentes opciones para su cuidado</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>p. El interés del/ de la profesional de la salud sobre el efecto de su estilo de vida en su salud</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>q. La calidad general del cuidado recibido en su visita más reciente</b>	1	2	3	4	5	7	8	9

**C2. Ahora, piense en todo el cuidado que ha recibido en <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>en los últimos 12 meses. Por favor indíqueme cuán satisfecha ha estado con cada una de las cosas que le voy a leer. De nuevo, sus alternativas son: nada satisfecha, algo satisfecha, satisfecha, muy satisfecha y extremadamente satisfecha.**

[DE SER NECESARIO, USE ESTA FRASE PARA SONDEO: “¿Cuán satisfecha está usted con esta experiencia?”

	Nada Satisfecha	Algo Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha	Extremadamente Satisfecha	NS	NC	NA
<b>a. El enfoque en prevención del profesional de la salud</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>b. El conocimiento del profesional de la salud sobre asuntos de salud de la mujer</b>	1	2	3	4	5	7	8	9

	Nada Satisfecha	Algo Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha	Extremadamente Satisfecha	NS	NC	Na
<b>c. La información que se le ofrece para una vida saludable (tales como dieta y ejercicio)</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>d. El interés del /de la profesional de la salud en su salud mental y emocional.</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>e. La ayuda que se le ofrece para localizar recursos e información sobre salud de la mujer</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>f. Cuán bien se acomoda su cuidado de salud a su etapa en la vida</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>g. Cuán bien se mantiene la privacidad de la información sobre su salud</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>h. La información que se le ofrece sobre cómo obtener los resultados de sus pruebas o procedimientos</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>i. Cuán bien los profesionales de la salud le explican los resultados de sus pruebas o procedimientos</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>j. La oportunidad que tiene de ver a el / la mismo /a profesional de la salud en cada visita</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>k. La oportunidad de ver a un profesional de la salud del género que usted prefiera</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>l. La oportunidad de recibir allí tanto los servicios ginecológicos como el cuidado general de su salud</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>m. En general, su nivel de confianza en los profesionales de la salud de allí</b>	1	2	3	4	5	7	8	9

	Nada Satisfecha	Algo Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha	Extremadamente Satisfecha	NS	NC	Na
<b>n. La capacidad del profesional de la salud de hacerla sentir cómoda durante el examen ginecológico (pélvico).</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>o. La comodidad del profesional de la salud al hablar de temas sensitivos como sexualidad</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>p. La comodidad del profesional de la salud al hablarle de terapias naturales o alternativas</b>	1	2	3	4	5	7	8	9
<b>q. La disponibilidad de cuidado de niños, si lo necesita</b>	1	2	3	4	5	7	8	9

**C3. Deseamos saber cómo usted evalúa todo el cuidado de salud que recibió en los últimos 12 meses de los doctores y otro profesionales de la salud en <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>. Utilizando cualquier número del 0 al 10, donde el 0 es el peor cuidado de salud posible y el 10 es el mejor cuidado de salud posible, ¿cómo evaluaría todo el cuidado de salud recibido?**

- 0 Peor cuidado de la salud posible
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor cuidado de la salud posible

**C4. ¿Planifica usted volver a <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE> para su cuidado de salud? ¿Diría usted que: definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no, o definitivamente no?**

- Definitivamente sí.....1
- Probablemente sí.....2
- Probablemente no.....3
- Definitivamente no.....4
- No sabe.....7
- Rehusa contestar.....8

**C5. ¿Referiría a un amigo o a un miembro de su familia a <NOMBRE FAMILIAR DEL CDE>? ¿Diría usted, definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no, o definitivamente no?**

- Definitivamente sí.....1
- Probablemente sí.....2
- Probablemente no.....3
- Definitivamente no.....4
- No sabe.....7
- Rehusa contestar.....8

SECCIÓN D. ESTADO DE SALUD

**Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud.**

**D1. ¿En general, diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, o mala?**

Excelente.....1  
Muy buena.....2  
Buena.....3  
Regular.....4  
Mala.....5  
Rehusa contestar.....7  
No sabe.....8

**D2. Comparada con hace un año, ¿como evaluaría usted su salud en general, ahora? [LEA LA LISTA]**

Mucho mejor ahora.....1  
Algo mejor ahora.....2  
Aproximadamente igual.....3  
Algo peor ahora.....4  
Mucho peor ahora.....5

**D3. Durante los pasados 30 días, alrededor de cuántos días diría usted que por mala salud física y mental no pudo realizar sus actividades usuales, tales como cuidado propio, trabajo o recreación.**

[CUIDADO PROPIO SE REFIERE A BAÑARSE, VESTIRSE, MOVERSE, TRASLADARSE, ETC.]

\_\_\_\_\_ número de días  
Ninguno.....88  
NS/No esta Segura.....77

**D4. ¿Fuma usted cigarrillos ahora?**

Sí, fuma (Pase a D6).....1  
No, no fuma ahora.....2  
RC.....7  
NS.....8

**D5. ¿Ha fumado alguna vez en los últimos 12 meses?**

Sí.....1  
No.....2  
RC.....7  
NS.....8  
NA.....9

**D6. En una semana típica, ¿cuán frecuentemente usted se ejercita vigorosamente -- o sea, que jadea y su corazón y su pulso se aceleran por un período que dura por lo menos 20 minutos?**

(LEA SI NECESARIO: Sería nunca, menos de un día a la semana, 1 a 2 días a la semana, 3 días a la semana, o más de tres días a la semana)

Nunca.....1  
Menos de un día a la semana.....2  
1 a 2 días a la semana.....3  
3 días a la semana.....4  
Más de 3 días a la semana.....5  
RC.....7  
NS.....8

**D7. ¿Está usted actualmente tomando suplementos de calcio?**

Sí.....1  
No.....2  
RC.....7  
NS.....8

**D8. ¿Está consumiendo leche u otros alimentos para obtener calcio adicional en su dieta?**

Sí.....1  
 No.....2  
 RC.....7  
 NS.....8

PREGUNTE D9 A LAS MUJERES DE 40 AÑOS O MAYORES

**D9. ¿Está usted actualmente tomando terapia de reemplazo hormonal? (DE SER NECESARIO: La terapia de reemplazo de hormonas es el uso de estrógeno durante o después de la menopausia)**

Sí.....1  
 No.....2  
 RC.....7  
 NS.....8

**D10. ¿Aproximadamente cuánto pesa usted sin zapatos?**

\_\_\_\_\_ Libras.  
 RC.....7  
 NS.....8

**D11. ¿Aproximadamente cuanto mide usted sin zapatos?**

\_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas  
 RC.....7  
 NS.....8

**D12. ¿En los últimos cinco años, le ha dicho un doctor que tiene alguna de las siguientes condiciones? (LEA LA LISTA).**

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>
a. Hipertensión, también conocida como presión alta de la sangre.....	1	2	7	8
b. Ataque al corazón o cualquier otra enfermedad del corazón.....	1	2	7	8
c. Colesterol alto.....	1	2	7	8
d. Diabetes.....	1	2	7	8
e. Depresión o ansiedad.....	1	2	7	8
f. Dolores de cabeza de migraña.....	1	2	7	8
g. Artritis.....	1	2	7	8
h. Osteoporosis o huesos frágiles(quebradizos)	1	2	7	8
i. Obesidad.....	1	2	7	8
j. Incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de orina.....	1	2	7	8

**D12. ¿En los últimos cinco años, le ha dicho un doctor que tiene alguna de las siguientes condiciones? (LEA LA LISTA).**

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>
<b>k. Cáncer, que no sea cáncer de la piel.....</b>	1	2	7	8
<b>l. Desórdenes alimentarios como anorexia o bulimia</b>	1	2	7	8
<b>m. Problemas de tiroides.....</b>	1	2	7	8
<b>n. Asma.....</b>	1	2	7	8

**D13. ¿El año pasado estuvo usted embarazada?**

Sí.....	1
No.....	2
RC.....	7
NS.....	8

**D14. Le voy a leer una lista de maneras en que usted puede haberse sentido o comportado recientemente. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de esa manera durante la semana pasada <LEA CADA RENGLON> nunca, raramente, algunas veces, la mayor parte del tiempo?**

	<u>Nunca</u>	<u>Raramente</u>	<u>Algunas Veces</u>	<u>La Mayoría del Tiempo</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>
<b>a. Me sentí deprimida</b>	1	2	3	4	7	9
<b>b. Mi sueño fue inquieto</b>	1	2	3	4	7	9
<b>c. Disfruté de la vida</b>	1	2	3	4	7	9
<b>d. Tuve episodios de llanto</b>	1	2	3	4	7	9
<b>e. Me sentí triste</b>	1	2	3	4	7	9
<b>f. Sentí que le disgustaba (incomodaba) a otras personas</b>	1	2	3	4	7	9



SECCION E. SOCIODEMOGRÁFICAS

**Estamos casi terminando. Tengo sólo unas pocas preguntas más que hacerle.**

<b>E1.</b>	<b>¿Está usted actualmente casada o vive con un compañero(a), soltera, viuda, separada o divorciada?</b>	CASADA O VIVIENDO CON COMPAÑERO(A).....1 SOLTERA.....2 VIUDA, SEPARADA, O DIVORCIADA.....3 RC.....7 NS.....8
<b>E2.</b>	<b>¿Trabaja usted actualmente en un empleo con paga (asalariada) ? ¿Ya sea, a tiempo parcial o a tiempo completo?</b>	Sí.....1 No..... (PASE A E2B).....2 RC.....7 NS.....8
<b>A.</b>	<b>¿Trabaja usted a tiempo parcial o completo?</b>	TIEMPO COMPLETO...(PASE A E3).....1 TIEMPO PARCIAL...(PASE A E3).....2 RC.....7 NS.....8
<b>B.</b>	<b>¿Está actualmente buscando un empleo por paga (asalariado)?</b>	Sí.....1 No.....2 RC.....7 NS.....8
<b>E3.</b>	<b>¿Cuántos niños y niñas menores de 18 años viven en su hogar?</b>	_____ número total de niños y niñas menores de 18 RC.....(PASE A EA).....77 NS.....(PASE A EA).....88
<b>A.</b>	<b>¿Cuántos de estos niños o niñas son menores de seis años?</b>	_____ número de niños y niñas menores de 6 RC.....77 NS.....88
<b>E4.</b>	<b>Incluyéndose a usted, ¿cuantos adultos viven en su hogar?</b>	_____ número de adultos RC.....77 NS.....88
<b>E5.</b>	<b>¿Es usted de origen o descendencia española/ hispana/ o latina?</b>	Sí.....1 No..... ( PASE A E7).....2 RC..... ( PASE A E7).....7 NS..... ( PASE A E7).....8
<b>E6.</b>	<b>¿Usted se considera a si misma (LEA LA LISTA)?</b>	Mexicano, México-americano, Chicano.....01 Puertorriqueño.....02 Cubano.....03 Otro (ESPECIFIQUE).....07 RC.....77 NS.....88

**ESPECIFIQUE:** \_\_\_\_\_

<b>E7. ¿Usted se considera a sí misma blanca, Afro-americana o Negra, India Americana o Nativa de Alaska, Asiática o de las Islas del Pacífico o de algún otro grupo étnico? [CIRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN]</b>	BLANCA.....	1
	AFRO-AMERICANA/ NEGRA.....	2
	INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA.....	3
	ASIÁTICA O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO.....	4
	OTRO (ESPECIFIQUE).....	5
	RC.....	77
	NS.....	88

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

SI CONTESTO SÍ A ASIÁTICA O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO PREGUNTE LA E8. SI NO PASE A E9
---

<b>E8. ¿Es usted China, Vietnamita, Coreana o de alguna otra herencia asiática? [CIRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN]</b>	India Asiática.....	01
	China.....	02
	Filipina.....	03
	Japonesa.....	04
	Coreana.....	05
	Vietnamita.....	06
	Nativa de Hawaii.....	07
	Guamanian o Chamorro.....	08
	Samoa.....	09
	Otra Islas del Pacífico _____ ).....	10
RC.....	77	
NS.....	88	

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

<b>E9. ¿Cuál es el grado más alto de escuela que usted completó o el diploma más alto que usted ha recibido?</b>	Menos que Escuela Superior (Grados 1-11, Grado 12, pero sin diploma) .....	1
	Graduado de Escuela Superior o Equivalente (GED) .....	2
	Algún Colegio o Universidad, pero sin un título (Incluyendo Programas Ocupacionales o Vocacionales de 2 años) .....	3
	Graduado de un Programa de Colegio de dos años (Grado Asociado, p. ej. Grado en AA ).....	4
	Graduado de Colegio (p. ej. BA, BS, AB).....	5
	Posgraduado (p. ej. MA, MS, MD, DDS, JD, PHD).....	6
	RC.....	77
	NS.....	88

E10

**Nos gustaría saber sobre cualquier seguro de salud que usted pueda tener. Al leerle cada uno de los tipos de seguro de salud, por favor dígame si usted está cubierta o no ACTUALMENTE, por éste. (LEA LA LISTA) Actualmente, esta usted cubierta por...**

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>RC</u>	<u>NS</u>
a. Seguro de salud a través de su trabajo o unión (sindicato).....	1	2	7	8
b. Seguro de salud que usted o un miembro de su familia compra directo de una compañía de seguro.....	1	2	7	8
c. Medicaid, MA, o Asistencia Médica, (o Seguro Médico del Gobierno) (SI FUESE NECESARIO: Un plan del gobierno que cubre a grupos específicos, incluyendo mujeres embarazadas con ciertos niveles de ingreso.).....	1	2	7	8
d. Medicare (SI FUESE NECESARIO: un plan del gobierno federal que paga las deudas de salud para las personas de 65 años o más y algunas personas discapacitadas o minusválidas).....	1	2	7	8
e. Seguro Militar, “Champus”, “TriCare Standard” o de Veteranos (VA).....	1	2	7	8
f. Seguro de Salud a través de cualquier otra fuente .....	1	2	7	8

**SI NO TIENE SEGURO DE NINGÚN TIPO – TODAS LAS CONTESTACIONES A E10 SON NO— PASE A LA E13.**

**E11 ¿Es su plan de salud un HMO o un PPO o algún otro tipo de plan de cuidado dirigido? (SI FUESE NECESARIO:**

Un HMO es una organización que provee una amplia gama de servicios de cuidado de salud y generalmente requiere que se seleccionen doctores y hospitales que se incluyen en la lista del plan.)

(SI FUESE NECESARIO: Un PPO “Preferred Provider Organization” le da una lista de doctores que ellos prefieren utilizar.

Si utiliza estos médicos, sólo paga una cantidad pequeña, pero si visita un doctor que NO está en la lista, usted paga todo o casi todo lo que el doctor le cobra.

HMO.....	1
PPO.....	2
Otro cuidado dirigido.....	3
No cuidado dirigido.....	4
NS.....	8
RC.....	7
NA.....	9

**E12 ¿Durante los últimos 12 meses, estuvo usted en algún momento sin algún plan médico?**

SÍ.....	1
No.....	2
RC.....	7
NS.....	8

<b>E13</b>	<b>¿Cuál de las siguientes categorías de ingresos describe mejor el ingreso total familiar antes de los impuestos, para el año 2000? (LEA LA LISTA)</b>	\$10,000 o menos.....	01
		\$10,001 a \$20,000.....	02
		\$20,001 a \$30,000.....	03
		\$30,001 a \$40,000.....	04
		\$40,001 a \$50,000.....	05
		\$50,001 a \$75,000.....	06
		\$75,001 a \$100,000.....	07
		\$100,001 a más.....	08
		RC.....	77
		NS.....	88
<b>E14</b>	<b>¿Cómo describiría usted su orientación sexual?</b>	Heterosexual.....	01
		Lesbiana/ “gay”.....	02
		Bisexual.....	03
		Otra.....	04
		RC.....	77
		NS.....	88

HORA QUE FINALIZÓ |\_|\_|:|\_|\_|

**Muchas gracias por brindarnos su tiempo hoy. Usaremos esta información para mejorar el cuidado de salud de todas las mujeres. Toda la información que nos ofreció se mantendrá anónima.**