

HEDIS 2006

HEALTH PLAN EMPLOYER DATA & INFORMATION SET



**Medicare
Encuesta Sobre
La Salud**

NCOQA

Measuring the Quality of America's Health Care

CMS
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Encuesta de Medicare Sobre la Salud

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

Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre con porte o franqueo pagado que se acompaña

¿Cómo responder a una pregunta típica?

- Responda a las preguntas poniendo una ‘X’ en la casilla de la respuesta apropiada, de la siguiente manera:

55. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
2 Mujer

- Por cada pregunta, asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de marcar una casilla con una ‘X.’
- A veces se le indica que responda a una pregunta de esta encuesta sólo cuando haya respondido afirmativamente a una pregunta anterior. En ese caso aparecerá una instrucción *en letra cursiva* como la siguiente:

Si ha respondido que "sí" a la pregunta 33 (que usted ha tenido cáncer),

Toda información que podría identificar a las personas que llenen esta encuesta será estrictamente confidencial. Esta información se utilizará sólo para efectos de este estudio y no se revelará ni se proporcionará para ningún otro propósito sin su autorización.

Si tiene algún problema para completar el cuestionario o tiene preguntas sobre el mismo, por favor llamar gratuitamente al [SURVEY VENDOR NAME a 1-800-Number].

OMB 0938-0701 Version 02-1

© 2006 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* evolucionó y se modificó a partir de la *Encuesta de salud de 36 preguntas*.

Encuesta de Medicare Sobre la Salud

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

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

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	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. Actividades moderadas , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf, o trabajar en el jardín.....	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"/>

3. 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?**

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado hacer.....	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"/>

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

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado hacer	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 de lo usual.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

Nada en absoluto Ligeramente Medianamente Bastante Extremadamente

1
2
3
4
5

6. 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.

¿Cuánto tiempo durante las **últimas 4 semanas**?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Casi nunca Nunca

a. se ha sentido tranquilo y sosegado?.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. ha tenido mucha energía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. se ha sentido desanimado y triste?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

1
2
3
4
5

Ahora quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre cómo ha cambiado su salud.

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

Mucho mejor Algo mejor Más o menos igual Algo peor Mucho peor

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

1
2
3
4
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**?

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

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

11. Ahora, pensando en su salud física, que incluye la enfermedad física y las 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.)

días

12. 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.)

días

13. Durante los **últimos 30 días**, ¿por cuántos días le impidió su **mala** 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.)

días

Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre problemas médicos específicos.

14. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Dolor o presión en el pecho cuando hace ejercicio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Dolor o presión en el pecho mientras descansa.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha sentido que le faltaba la respiración o el aliento en las siguientes circunstancias?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Al estar acostado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Al estar sentado o descansando...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Al caminar menos de una cuadra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Al subir un piso por las escaleras.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en las piernas y los pies?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Adormecimiento, entumecimiento o pérdida de sensación en los pies.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Sensación de hormigueo o ardor en los pies, especialmente en la noche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Disminución de la capacidad para sentir calor o frío en los pies.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Llagas o heridas en los pies, que no han sanado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo describiría **cualquier** dolor articular que por lo general ha sentido durante las **últimas 4 semanas?**

Ningún dolor	Muy leve	Leve	Moderado	Intenso
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Sí	No
18. ¿Puede ver lo suficientemente bien como para leer la letra del periódico (con anteojos o lentes de contacto si es así como ve mejor)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. ¿Puede oír la mayoría de las cosas que la gente dice (con un aparato para el oído si es así como oye mejor)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...? **Sí** **No**

20. Hipertensión o presión alta de la sangre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. Angina de pecho o enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. Un infarto de miocardio o ataque al corazón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Otros problemas del corazón, tales como problemas con las válvulas del corazón o con el ritmo del latido de su corazón.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Un ataque de apoplejía (derrame cerebral, embolia cerebral)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
26. Enfisema o asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
27. Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o enfermedad inflamatoria intestinal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
28. Artritis de la cadera o de la rodilla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
29. Artritis de la mano o de la muñeca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
30. Osteoporosis, conocida a veces como huesos frágiles o quebradizos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
31. Ciática (dolor o entumecimiento que baja por la pierna hasta debajo de la rodilla)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
32. Diabetes o exceso de azúcar en la sangre o en la orina.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...? Sí No

33. Cualquier cáncer (aparte del cáncer de piel)..... 1 2

Si ha respondido que "sí" a la pregunta 33 (que usted ha tenido cáncer),

34. Actualmente, ¿está recibiendo tratamiento para: Sí No

a. el cáncer del colon o del recto? 1 2

b. el cáncer de los pulmones? 1 2

c. el cáncer de mama o seno? 1 2

d. el cáncer de la próstata? 1 2

35. En las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia el dolor lumbar (en la parte baja de la espalda o cintura) ha afectado sus actividades diarias normales (trabajo, escuela quehaceres domésticos)?

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

Sí No

36. En el último **año**, ¿ha habido 2 semanas o más durante las cuales se ha sentido triste, melancólico o deprimido; o durante las cuales ha perdido el interés o el placer por las cosas que normalmente le interesaban o de las que disfrutaba?..... 1 2

37. Durante el último **año**, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayor parte del tiempo?..... 1 2

38. ¿Ha habido alguna vez en su vida **2 años o más** en los que se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aún cuando se haya sentido bien algunas veces? 1 2

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

- 1 Excelente?
- 2 Muy buena?
- 3 Buena?
- 4 Pasable?
- 5 Mala?

40.. ¿Fuma ahora todos los días, algunos días o no fuma nada?

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 No fumo nada
- 4 No sé

41. Muchas personas tienen problemas de incontinencia urinaria o escape de orina. Durante los **últimos 6 meses**, ¿se le ha escapado a usted la orina?

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 42**
- 2 No → **Pase a la pregunta 45**

42. ¿Cuánto problema fue para usted el escape de orina?

- 1 Un problema grande → **Pase a la pregunta 43**
- 2 Un problema pequeño → **Pase a la pregunta 43**
- 3 No fue problema → **Pase a la pregunta 45**

43. ¿Ha hablado usted con su médico actual u otro personal médico sobre su problema de escape de orina?

- 1 Sí
- 2 No

44. Hay muchas maneras de tratar la incontinencia urinaria, incluyendo el entrenamiento de la vejiga, ejercicios, tratamiento con medicamentos e intervención quirúrgica u operación. ¿Ha recibido usted estos u otros tratamientos para su actual problema de escape de orina?

- 1 Sí
- 2 No

45. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado 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.

1 Sí → **Pase a la pregunta 46**

2 No → **Pase a la pregunta 46**

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

46. 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 la salud de usted, su médico u otro personal puede aconsejarle que empiece a caminar por las escaleras, que aumente el tiempo que camina de 10 a 20 minutos al día o que mantenga su program actual de ejercicios.

1 Sí

2 No

47. 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?

1 Sí

2 No

3 No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

50. ¿Su doctor u otro personal médico ha hecho las siguientes cosas, o alguna otra cosa, para ayudarle a prevenir las caídas o dar tratamiento a sus problemas de equilibrio o problemas para caminar? Algunas de esas cosas podrían ser:

- Sugerir que use un bastón o un andador.
- Medirle la presión o tensión arterial cuando usted está echado 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.

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

51. ¿Se le ha hecho alguna vez una **prueba de densidad ósea** para comprobar si tiene o no **osteoporosis**, conocida a veces como “huesos quebradizos”? Esta prueba puede habersele hecho a la espalda, la cadera, la muñeca, el talón o los dedos.

- 1 Sí
- 2 No

52. ¿Cuánto pesa usted en libras?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> 90 libras o menos | 08 <input type="checkbox"/> 151–160 libras | 15 <input type="checkbox"/> 221–230 libras | 22 <input type="checkbox"/> 291–300 libras |
| 02 <input type="checkbox"/> 91–100 libras | 09 <input type="checkbox"/> 161–170 libras | 16 <input type="checkbox"/> 231–240 libras | 23 <input type="checkbox"/> 301–310 libras |
| 03 <input type="checkbox"/> 101–110 libras | 10 <input type="checkbox"/> 171–180 libras | 17 <input type="checkbox"/> 241–250 libras | 24 <input type="checkbox"/> 311–320 libras |
| 04 <input type="checkbox"/> 111–120 libras | 11 <input type="checkbox"/> 181–190 libras | 18 <input type="checkbox"/> 251–260 libras | 25 <input type="checkbox"/> 321 libras o más |
| 05 <input type="checkbox"/> 121–130 libras | 12 <input type="checkbox"/> 191–200 libras | 19 <input type="checkbox"/> 261–270 libras | |
| 06 <input type="checkbox"/> 131–140 libras | 13 <input type="checkbox"/> 201–210 libras | 20 <input type="checkbox"/> 271–280 libras | |
| 07 <input type="checkbox"/> 141–150 libras | 14 <input type="checkbox"/> 211–220 libras | 21 <input type="checkbox"/> 281–290 libras | |

53. ¿Cuál es su estatura sin los zapatos en el sistema de pies (pi.) y pulgadas (pul.)? (Si es ½ pul., redondéela a la próxima pulgada.)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> 5 pi. 00 pul. o menos | 05 <input type="checkbox"/> 5 pi. 04 pul. | 09 <input type="checkbox"/> 5 pi. 08 pul. | 13 <input type="checkbox"/> 6 pi. 00 pul. |
| 02 <input type="checkbox"/> 5 pi. 01 pul. | 06 <input type="checkbox"/> 5 pi. 05 pul. | 10 <input type="checkbox"/> 5 pi. 09 pul. | 14 <input type="checkbox"/> 6 pi. 01 pul. |
| 03 <input type="checkbox"/> 5 pi. 02 pul. | 07 <input type="checkbox"/> 5 pi. 06 pul. | 11 <input type="checkbox"/> 5 pi. 10 pul. | 15 <input type="checkbox"/> 6 pi. 02 pul. |
| 04 <input type="checkbox"/> 5 pi. 03 pul. | 08 <input type="checkbox"/> 5 pi. 07 pul. | 12 <input type="checkbox"/> 5 pi. 11 pul. | 16 <input type="checkbox"/> 6 pi. 03 pul. o más |

54. ¿En qué **año** nació? Por favor escriba solamente **el año de su nacimiento**. Por ejemplo, si la fecha de su nacimiento es el 1 de enero de 1935, por favor conteste "1935."

--	--	--	--

55. ¿Es usted hombre o mujer?

1 Hombre

2 Mujer

56. ¿Es usted de ascendencia hispanoamericana o latinoamericana?

1 Sí, soy hispano o latino

2 No, no soy hispano ni latino

57. ¿Cómo describiría su raza? Por favor marque una o más.

a Indígena norteamericano o nativo de Alaska

b Asiático

c Negro o afroamericano

d Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico

e Blanco

f Otra raza

58. ¿Cuál es su estado civil actual?

1 Casado

2 Divorciado

3 Separado

4 Viudo

5 Nunca casado

59. ¿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 secundaria 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

60. ¿Es la casa o apartamento en que vive usted actualmente:
- 1 de su propiedad o está en proceso de ser comprada por usted?
 - 2 de propiedad de algún familiar o está en proceso de ser comprada por un familiar?
 - 3 alquilada a cambio de dinero?
 - 4 no de su propiedad y vive allí sin pagar renta?
 - 5 ninguno de los anteriores?
61. ¿Quién llenó este formulario?
- 1 La persona a la que se dirigió la encuesta → **Pase a la pregunta 63**
 - 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
62. ¿Cuál es el nombre de la persona que llenó este formulario? Por favor escriba claramente con letra de **imprenta**.
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- PRIMER NOMBRE
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- APELLIDO
63. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor el **ingreso total de todos los miembros de su hogar** durante los últimos 12 meses?
- 1 Menos de \$5,000
 - 2 \$5,000–\$9,999
 - 3 \$10,000–\$19,999
 - 4 \$20,000–\$29,999
 - 5 \$30,000–\$39,999
 - 6 \$40,000–\$49,999
 - 7 \$50,000–\$79,999
 - 8 \$80,000–\$99,999
 - 9 \$100,000 o más
 - 10 No sé

Muchas Gracias por Llenar la Encuesta

"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, **C3-16-27**, Baltimore, Maryland 21244-1850."

VENDOR CONTACT INFORMATION