

---

## ***Encuesta de Medicare Sobre la Salud - Modificada***

Esta encuesta contiene preguntas sobre su salud, sentimientos y capacidad de realizar actividades diarias. Por favor dedique el tiempo necesario para completar 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.

- Para responder a cada una de las preguntas, marque con una "X" en la casilla junto a la mejor respuesta, como en este **ejemplo**:

**49. ¿Es usted hombre o mujer?**

HOMBRE  MUJER

- Por cada pregunta, asegúrese de leer **TODAS** las respuestas posibles antes de marcar con una "X" en la casilla junto a la mejor respuesta.
- Es posible que algunas de las preguntas le parezcan personales. Es importante que usted responda **TODAS** de 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 de, si esa pregunta es pertinente para usted, por favor responda mediante la selección de la **MEJOR** respuesta disponible.

**Por favor llene el cuestionario completamente antes de transcurridas dos semanas y devuélvanoslo en el sobre con porte pre-pagado adjunto.**

**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 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.**

**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, 6-13: 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 - Modificada

1. En general, ¿diría usted 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. ¿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           |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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

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

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                                | 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. Acostarse/sentarse o levantarse de una cama/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 (el baño)                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>    |

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                                | 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. Acostarse/sentarse o levantarse de una cama/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 (el baño)                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

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 |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| a. <b>Actividades moderadas</b> , 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 <b>varios</b> 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" a ambas preguntas.)

|  | No, nunca                  | Sí, muy pocas veces        | Sí, algunas veces          | Sí, casi siempre           | Sí, siempre                |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. <b>Ha logrado hacer menos de lo que</b> 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 <b>tipo</b> 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" a ambas preguntas.)

|   | No, nunca                  | Sí, muy pocas veces        | Sí, algunas veces          | Sí, casi siempre           | Sí, siempre                |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. <b>Ha logrado hacer menos de lo que</b> 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 <b>cuidado</b> de 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**, ¿en qué medida interfirió el **dolor** con sus actividades diarias regulares?

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

10. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le ha ido. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

| ¿Cuanto tiempo durante las <b>últimas 4 semanas...</b> | <b>Siempre</b>             | <b>Casi siempre</b>        | <b>Muchas veces</b>        | <b>Algunas veces</b>       | <b>Casi nunca</b>          | <b>Nunca</b>               |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

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

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

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

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

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

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

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

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                    |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

16. ¿Quién llenó este formulario de encuesta?

- 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 cuidado de 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.
- 2 Enfermero
- 3 Trabajador social o administrador de casos
- 4 Personal de hogar adoptivo para adultos/ centro de cuidado externo/ residencia con asistencia mínima/ centro de cuidado para pacientes que residen en la institución.
- 5 Intérprete
- 6 Otro

---

**MUCHAS GRACIAS POR LLENAR LA ENCUESTA**

**Cuando haya terminado, por favor envíe la encuesta en el sobre con el porte pagado a:**

**DataStat, Inc. 3975 Research Park Drive Ann Arbor, MI 48108**

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

