

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
HF. HEALTH STATUS/FUNCTIONING SUPPLEMENT

HFA1.

Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud.

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

- | | |
|------------------|---|
| excelente, | 1 |
| muy buena, | 2 |
| buena, | 3 |
| regular, o | 4 |
| mala? | 5 |

HFA2.

Comparado con un año atrás, ¿cómo calificaría usted su salud en general ahora? ¿Diría que su salud es ...

- | | |
|--|---|
| mucho mejor que hace un año atrás, | 1 |
| algo mejor que hace un año atrás, | 2 |
| más o menos lo mismo, | 3 |
| algo peor ahora que hace un año atrás, o | 4 |
| mucho peor ahora que hace un año atrás? | 5 |

HFA3.

¿Cuánto tiempo durante el mes pasado su salud limitó sus actividades sociales, tales como visitar a amigos o parientes cercanos? ¿Diría que...

- | | |
|------------------------------------|---|
| nunca, | 1 |
| parte del tiempo, | 2 |
| la mayor parte del tiempo, o | 3 |
| todo el tiempo? | 4 |

HFAC29

A continuación le voy a preguntar acerca de sus necesidades de cuidado de salud durante el año pasado.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿ha tenido algún problema para conseguir el cuidado de salud que usted quería o necesitaba?

HFAC30A

¿Por qué fue eso?

[PROBE: ¿Alguna otra razón?]

HFAC30B.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR)/El año pasado.] ¿le han dicho en el consultorio de un médico que no le podían dar una cita?

HFAC30C.

¿Cuáles fueron las razones que le dieron en el consultorio del médico como explicación para no darle una cita a usted?

HFAC30D

¿Le explicaron en el consultorio del médico por qué (es difícil para los pacientes de Medicare conseguir cita/no se acepta Medicare) en ese consultorio médico?

HFAC30E.

¿Cuál fue esa explicación?

HFAC30F.

En algunas situaciones su médico u otro proveedor de servicios de salud es posible que le dé un formulario llamado Aviso Previo al Beneficiario (“Advance Beneficiary Notice”) o aviso de servicio no cubierto por el seguro.

Este formulario se usa cuando el proveedor de servicio de salud tiene alguna duda que un servicio esté cubierto por Medicare, y cuenta con que usted pueda pagar por el servicio. En tales casos, usted puede tomar una decisión. Usted puede decidir recibir o no el servicio. Si usted firma el formulario, puede recibir el servicio inmediatamente; y usualmente, el proveedor le cobrará a usted.

Pero aún así usted le puede pedir al proveedor que le mande la cuenta a Medicare, en caso que el proveedor esté equivocado y el servicio esté cubierto. Si el servicio está cubierto, entonces el dinero que usted le pagó al proveedor le será devuelto a usted.

Desde (LAST HF MONTH YEAR, ¿le ha dado algún médico u otro proveedor de servicios de salud un formulario como el que se muestra en esta tarjeta?

HFAC30G.

Piense acerca de la vez más reciente en que usted recibió un Aviso Previo al Beneficiario (“Advance Beneficiary Notice”) o “ABN” (por su sigla en inglés). ¿Qué artículos o servicios suponía el proveedor de servicios de salud que Medicare no cubriría?

[PROBE: ¿Qué tipo de artículo(s) o servicio(s) había descritos en el “ABN”?

SERVICIOS MÉDICOS.....	1
SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR	2
SERVICIOS DE HOSPICIO	3
SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y/O FÍSICA	4
CUIDADO COMO PACIENTE INTERNO DE HOSPITAL.....	5
CUIDADO COMO PACIENTE EXTERNO O AMBULATORIO DE HOSPITAL.....	6
SERVICIOS DE ENFERMERA ESPECIALIZADA.....	7
PRUEBAS DE LABORATORIO.....	8
EQUIPO MÉDICO DURABLE	9
VACUNACIÓN	10
OTRO ARTÍCULO O SERVICIO DE CUIDADO DE SALUD (ESPECÍFIQUE) _____	91

HFAC30G1.

¿Leyó usted el Aviso Previo al Beneficiario (“Advance Beneficiary Notice”)?

HFAC30H.

¿Cuánto problema tuvo usted para comprender el Aviso Previo al Beneficiario (“Advance Beneficiary Notice”) para (el artículo o servicio/estos artículos o servicios)? ¿Diría que no tuvo problema, tuvo un poco de problema, o tuvo mucho problema?

- NO TUVO PROBLEMA..... 1
- TUVO UN POCO DE PROBLEMA..... 2
- TUVO MUCHO PROBLEMA..... 3

HFAC30I.

[Piense acerca de la vez más reciente en que usted recibió un Aviso Previo al Beneficiario (“Advance Beneficiary Notice”).] ¿Firmó usted el formulario?

HFAC30J.

¿Por qué no firmó el formulario?

HFAC30K.

Usted mencionó que recibió un “ABN” [para [READ HEALTH CARE ITEMS AND SERVICES LISTED BELOW]]. ¿Escogió usted recibir (el artículo o servicio/estos artículos o servicios) aunque el proveedor de cuidado de salud suponía que Medicare no lo iba a pagar?

HFAC30K1.

¿Pidió usted que le cobraran a Medicare por (el artículo o servicio/estos artículos o servicios)?

HFAC30L

¿Negó Medicare el pago por (el artículo o servicio/estos artículos o servicios)?

HFAC30M.

¿Qué fuentes pagaron parte de (el artículo o servicio/estos artículos o servicios)?

[PROBE: ¿Quién más pagó?]

NINGUNA FUENTE PAGÓ/NO PAGÓ.....	1
MEDICARE O EL PLAN MEDICARE ADVANTAGE	2
MEDICAID	3
PLAN PÚBLICO DISTINTO A MEDICAID	4
SEGURO DE SALUD PRIVADO	5
TRICARE	6
AV (ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS)	7
SP/FAMILIA	8
OTRO ARTÍCULO O SERVICIO DE CUIDADO DE SALUD (ESPECIFIQUE) _____.	91

HFAC31

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿se ha demorado en buscar cuidado médico debido a que usted estaba preocupado(a) por el costo?

HFB1.

¿Usa usted anteojos o lentes de contacto?

SI.....	1
NO.....	2
SP ES CIEGO(A).....	3

HFB2.

¿Cuál afirmación describe mejor su visión (mientras está usando anteojos o lentes de contacto): no tiene problema para ver, tiene un poco de problema para ver, tiene mucho problema para ver, o no puede usar la vista?

NO TIENE PROBLEMA PARA VER	1
TIENE UN POCO DE PROBLEMA PARA VER	2
TIENE MUCHO PROBLEMA PARA VER	3
NO PUEDE USAR LA VISTA	4

HFB3.

Debido a su dificultad para ver, ¿cuánto problema tiene para ver las etiquetas de las medicinas o instrucciones médicas? ¿Diría que no tiene problema, tiene un poco de problema, o tiene mucho problema?

NO TIENE PROBLEMA	1
TIENE UN POCO DE PROBLEMA	2
TIENE MUCHO PROBLEMA	3

HFB4.

Debido a su dificultad para ver, ¿cuánto problema tiene para encontrar cosas que necesita saber de Medicare? ¿Diría que no tiene problema, tiene un poco de problema, o tiene mucho problema?

NO TIENE PROBLEMA	1
TIENE UN POCO DE PROBLEMA	2
TIENE MUCHO PROBLEMA	3

HFB5.

Debido a su dificultad para ver, ¿cuánto problema tiene para conseguir cuidado médico, tal como encontrar algún lugar para que le den cuidado médico o para llegar ahí cuando lo necesita? ¿Diría que no tiene problema, tiene un poco de problema, o tiene mucho problema?

NO TIENE PROBLEMA	1
TIENE UN POCO DE PROBLEMA	2
TIENE MUCHO PROBLEMA	3

HFB6.

¿Le ha hecho un examen de la vista un médico de la vista desde (LAST HF MONTH YEAR)?

HFB7.

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que un médico de la vista le hizo un examen de la vista?

- NUNCA LE HAN HECHO UN EXAMEN DE LA VISTA UN MÉDICO DE LA VISTA..... 1
- DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS..... 2
- DE 2 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS 3
- 5 AÑOS O MAS..... 4

HFB10.

¿Le han hecho alguna vez a usted una operación de cataratas?

HFC1.

¿Usa usted una ayuda auditiva o audífono?

- SI..... 1
- NO..... 2
- SP ES SORDO(A) 3

HFC2.

¿Cuál afirmación describe mejor su audición (usando una ayuda auditiva o audífono): no tiene problema para oír, tiene un poco de problema para oír, tiene mucho problema para oír o es sordo(a)?

- NO TIENE PROBLEMA PARA OÍR 1
- TIENE UN POCO DE PROBLEMA PARA OÍR 2
- TIENE MUCHO PROBLEMA PARA OÍR 3
- ES SORDO(A)..... 4

HFC3.

¿Cuánto problema tiene para averiguar cosas que necesita saber acerca de Medicare debido a (su dificultad para oír/que es sordo(a))? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

- NO TIENE PROBLEMA..... 1
- TIENE UN POCO DE PROBLEMA..... 2
- TIENE MUCHO PROBLEMA..... 3

HFC4.

¿Cuánto problema tiene para comunicarse con su médico u otro personal médico debido a (su dificultad para oír/que es sordo(a))? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

- NO TIENE PROBLEMA 1
- TIENE UN POCO DE PROBLEMA 2
- TIENE MUCHO PROBLEMA 3

HFD1A.

¿Cuánto problema tiene usted para comer alimentos sólidos debido a problemas con su boca o dientes? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

- NO TIENE PROBLEMA 1
- TIENE UN POCO DE PROBLEMA 2
- TIENE MUCHO PROBLEMA 3

HFE1.

¿Cuánto mide usted?

¿Cuánto pesa usted?

HFFINTR0.

Estas siguientes preguntas son acerca de medidas de salud preventiva que algunas personas toman.

HFF1.

¿Cuándo fue la vez más reciente que un médico u otro profesional de salud le tomó la presión sanguínea?

- MENOS DE 6 MESES 1
- DE 6 MESES A MENOS DE 1 AÑO 2
- DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS 3
- DE 2 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS 4
- HACE 5 O MÁS AÑOS 5
- NUNCA LE HAN TOMADO LA PRESIÓN 6

HFF2.

¿Cuándo fue la vez más reciente que le midieron el colesterol?

MENOS DE 6 MESES	1
DE 6 MESES A MENOS DE 1 AÑO	2
DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS.....	3
DE 2 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS	4
HACE 5 O MÁS AÑOS	5
NUNCA LE HAN MEDIDO EL COLESTEROL.....	6

HFF3.

Estas siguientes preguntas son acerca de medidas de cuidado preventivo de salud que algunas personas toman.

¿Le han hecho una mamografía o rayos X de los senos desde (LAST HF MONTH YEAR)?

HFF5.

¿Cuál es la razón por la que usted no le han hecho una mamografía desde (LAST HF MONTH YEAR)?

NO SABÍA QUE ERA NECESARIO/NO NECESITA/NO TENÍA PROBLEMA ..	1
NO ESTÁ RECOMENDADO CADA AÑO/TENÍA UN PROGRAMA DE EXÁMENES DIFERENTE.....	2
NO PENSÓ QUE PREVENDRÍA CÁNCER DE LOS SENOS/PODRÍA CONTRAER CÁNCER DE TODAS MANERAS/EXAMEN ES INÚTIL	3
NO ESTÁ EN RIESGO DE CONTRAER CÁNCER DE LOS SENOS.....	4
EL MÉDICO NO LO PRESCRIBIÓ NI LO RECOMENDÓ	5
EI MÉDICO LE RECOMENDÓ QUE NO SE LO HICIERA	6
NO LE GUSTA LA MAMOGRAFÍA/DOLOR/HINCHAZÓN, MALESTAR O REACCIONES	7
INCONVENIENCIA/NO PUEDE LLEGAR AL LUGAR/DIFICULTAD DE TRANSPORTACIÓN	8
NO PENSÓ ACERCA DE ELLO/LO OLVIDÓ/SE/LE PASÓ/LO APLAZÓ	9
EL COSTO DE LA MAMOGRAFÍA/EL SEGURO NO CUBRE EL COSTO /NO VALE EL DINERO QUE CUESTA.....	10
TEMEROSA DEL RESULTADO/NO QUIERE SABER	11
LA RADIACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA PODRÍA CAUSAR CÁNCER/EFECTOS DE ENFERMEDAD	12
NUNCA HA OÍDO DE LA MAMOGRAFÍA	13
TIENE UNA CITA PROGRAMADA PARA UNA FECHA FUTURA	14
LE HICIERON MASTECTOMIA/LE SACARON LOS SENOS	15
MUY ENFERMA, FÍSICA/MENTALMENTE.....	16
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFF6.

¿Le han hecho una prueba Papanicolau o “Pap” desde (LAST HF MONTH YEAR)?

HFF8.

¿Cuál es la razón por la que no le han hecho una prueba Papanicolau o “Pap” desde (LAST HF MONTH YEAR)?

NO SABÍA QUE ERA NECESARIO/NO NECESITA/NO TENÍA PROBLEMA ..	1
NO ESTA RECOMENDADO CADA AÑO/TENÍA UN PROGRAMA DE EXÁMENES DIFERENTE.....	2
NO PENSÓ QUE PREVENDRÍA CÁNCER/PODRÍA CONTRAER CÁNCER DE TODAS MANERAS/EXAMEN ES INÚTIL	3
NO ESTA EN RIESGO DE CONTRAER CÁNCER	4
EL MÉDICO NO LO PRESCRIBIÓ NI LO RECOMENDÓ	5
MÉDICO LE RECOMENDÓ QUE NO SE LO HICIERA	6
NO LE GUSTA EL PAPANICOLAU/DOLOR/HINCHAZÓN, MALESTAR O REACCIONES	7
INCONVENIENCIA/NO PUEDE LLEGAR AL LUGAR/DIFICULTAD DE TRANSPORTACIÓN	8
NO PENSÓ ACERCA DE ELLO/LO OLVIDÓ/SE/LE PASÓ/LO APLAZÓ	9
EL COSTO DEL PAPANICOLAU/EL SEGURO NO CUBRE EL COSTO /NO VALE EL DINERO QUE CUESTA.....	10
TEMEROSA DEL RESULTADO/NO QUIERE SABER.....	11
NUNCA HA OÍDO DEL PAPANICOLAU	12
TIENE UNA CITA PROGRAMADA PARA UNA FECHA FUTURA	13
LE HICIERON HISTERECTOMÍA/LE SACARON EL ÚTERO, OVARIOS.....	14
MUY ENFERMA, FÍSICA/MENTALMENTE.....	15
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFF9.

¿Le han hecho alguna vez a usted una histerectomía?

HFF10.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le han hecho alguna vez cirugía de la próstata?

[EXPLAIN IF NECESSARY: La cirugía a la glándula próstata se usa típicamente como tratamiento para el cáncer de la próstata o para corregir problemas urinarios. La cirugía puede incluir sacar la próstata completa o parcialmente.]

HFF11.

Estas siguientes preguntas son acerca de (medidas preventivas de cuidado de salud que algunas personas a veces toman/cuidado de seguimiento que algunas veces un médico prescribe después de una cirugía de la próstata).

¿Le han hecho un examen digital rectal (de la próstata) desde (LAST HF MONTH YEAR)?

[EXPLAIN IF NECESSARY: El examen se puede usar para detectar cáncer de la próstata. para determinar si el cáncer se ha diseminado más allá de la próstata, y como parte del examen de seguimiento después de una cirugía de la próstata.]

HFF12.

¿Le han hecho una prueba de sangre para detectar cáncer de la próstata, conocido como prueba "PSA", desde (LAST HF MONTH YEAR)?

[PSA = PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN]

[EXPLAIN IF NECESSARY: La prueba se puede usar para detectar cáncer de la próstata. para determinar si el cáncer se ha diseminado más allá de la próstata, y como parte del examen de seguimiento después de una cirugía de la próstata.]

HFF14.

¿Cuál es la razón por la que a usted no le han hecho una prueba de sangre de la próstata or "PSA" desde (LAST HF MONTH YEAR)?

NO SABÍA QUE ERA NECESARIO/NO NECESITA/NO TENÍA PROBLEMA ..	1
NO ESTÁ RECOMENDADO CADA AÑO/TENÍA UN PROGRAMA DE EXÁMENES DIFERENTE.....	2
NO PENSÓ QUE PREVENDRÍA CÁNCER /PODRÍA CONTRAER CÁNCER DE TODAS MANERAS/EXAMEN ES INÚTIL	3
NO ESTÁ EN RIESGO DE CONTRAER CÁNCER	4
EL MÉDICO NO LO PRESCRIBIÓ NI LO RECOMENDÓ	5
MÉDICO LE RECOMENDÓ QUE NO SE LO HICIERA	6
NO LE GUSTAN LAS PRUEBAS DE SANGRE/DOLOR/HINCHAZÓN, MALESTAR O REACCIONES	7
INCONVENIENCIA/NO PUEDE LLEGAR AL LUGAR/DIFICULTAD DE TRANSPORTACIÓN	8
NO PENSÓ ACERCA DE ELLO/LO OLVIDÓ/SE LE PASÓ/LO APLAZÓ	9
EL COSTO DE LA PRUEBA/EL SEGURO NO CUBRE EL COSTO /NO VALE EL DINERO QUE CUESTA.....	10
TEMEROSO DEL RESULTADO/NO QUIERE SABER	11
NUNCA HA OÍDO DEL "PSA"	12
TIENE UNA CITA PROGRAMADA PARA UNA FECHA FUTURA	13
LE SACARON LA PRÓSTATA.....	14
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFF15.

Hablando de un t3pico diferente...

¿Le pusieron a usted una vacuna contra el resfriado o "flu" el invierno pasado?

[EXPLAIN IF NECESSARY: ¿Le pusieron a usted una vacuna contra el resfriado o "flu" en alg3n momento desde septiembre (PREVIOUS YEAR) hasta diciembre (PREVIOUS YEAR)?]

HFF17.

¿Por qu3 no le pusieron ninguna vacuna para el resfrío/flu3 el 3ltimo invierno?

[PROBE: ¿Alguna otra raz3n?]

NO SABÍA QUE ERA NECESARIO	1
LE PODRÍA PRODUCIR RESFRÍO/FLÚ.....	2
LA VACUNA PODRÍA CAUSAR EFECTOS SECUNDARIOS O CAUSAR ENFERMEDADES	3
NO CREYÓ QUE PUDIESE PREVENIR EL RESFRÍO/FLÚ/PODRÍA TENER EL RESFRÍO/FLÚ DE TODAS MANERAS	4
EL RESFRÍO/FLÚ NO ERA SERIO/NO TENDRÍA RESFRÍO/FLÚ DE TODAS MANERAS/NO ES UN RIESGO.....	5
EL MÉDICO NO SE LO RECOMENDÓ	6
EL MÉDICO DIO RECOMENDACIONES CONTRA LA VACUNA/ ALÉRGICO(A) A LA VACUNA/RAZONES MÉDICAS.....	7
NO LE GUSTAN LAS VACUNAS O AGUJAS/PREOCUPADO(A) POR LA INFLAMACIÓN O SALPULLIDO/REACCIÓN LOCAL	8
INCONVENIENCIA PARA PONERSE LA VACUNA/NO PUDO LLEGAR AL LUGAR.....	9
NO PENSÓ EN ELLO/SE OLVIDÓ/SE LE PASÓ	10
EL COSTO DE LA VACUNA/NO VALÍA EL DINERO QUE COSTABA	11
LE PUSIERON LA VACUNA ANTES/NO LA NECESITA NUEVAMENTE.....	12
LA VACUNA NO ESTABA DISPONIBLE/SE HABÍA ACABADO	13
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFF18.

¿D3nde fue usted para que le pusieran su m3s reciente vacuna contra el resfriado o "flu", fue 3sto en un centro de un plan de cuidado administrado o HMO, una cl3nica, un consultorio de m3dico, un hospital, una feria de salud, centro comercial, o alg3n otro lugar?

HFF20.

¿Tuvo algún problema usted para conseguir la vacuna para el resfrío/flú cuando la quería debido a que la vacuna se había acabado o no estaba disponible?

HFF21.

¿Fue una razón para no conseguir la vacuna para el resfrío/flú el invierno pasado debido a que la vacuna se había acabado o no estaba disponible?

HFF22.

¿Le han puesto alguna vez a usted una vacuna contra la pulmonía?

HFF23.

¿Por qué nunca le han puesto una vacuna contra la pulmonía?

[PROBE: ¿Alguna otra razón?]

NO SABÍA QUE ERA NECESARIO	1
LA VACUNA PODRÍA PRODUCIR PULMONÍA	2
LA VACUNA PODRÍA CAUSAR EFECTOS SECUNDARIOS O CAUSAR ENFERMADADES.....	3
NO CREYÓ QUE PUDIESE PREVENIR LA PULMONÍA/PODRÍA TENER LA PULMONÍA DE TODAS MANERAS	4
LA PULMONÍA NO ERA SERIA/NO TENDRÍA PNEUMONÍA DE TODAS MANERAS/NO ES UN RIESGO	5
EL MÉDICO NO RECOMIENDA LA VACUNA	6
EL MÉDICO DIO RECOMENDACIONES CONTRA LA VACUNA /ALÉRGICO(A) A LA VACUNA/RAZONES MÉDICAS.....	7
NO LE GUSTAN LAS VACUNAS O AGUJAS/PREOCUPADO(A) POR LA INFLAMACIÓN O SALPULLIDO/REACCIÓN LOCAL	8
INCONVENIENCIA PARA CONSEGUIR LA VACUNA/NO PUDO LLEGAR AL LUGAR.....	9
NO PENSÓ EN ELLO/SE OLVIDÓ/SE LE PASÓ	10
EL COSTO DE LA VACUNA/NO VALÍA EL DINERO QUE COSTABA	11
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFG1.

¿Ha fumado alguna vez cigarrillos, cigarros o tabaco en pipa?

HFG2.

¿Fuma ahora cigarrillos, cigarros o tabaco en pipa?

HFG3.

¿Cuántos años fumó usted?

HFG4.

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que usted fumó en forma regular?

DESDE EL ÚLTIMO MES	1
HACE 1 MES HASTA MENOS DE 6 MESES.....	2
HACE 6 MESES HASTA MENOS DE 1 AÑO.....	3
HACE 1 AÑO HASTA MENOS DE 5 AÑOS.....	4
HACE 5 AÑOS HASTA MENOS DE 10 AÑOS.....	5
HACE 10 AÑOS O MÁS.....	6

HFG5.

¿Cuántos años ha fumado usted?

HFG5A.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha recomendado un médico u otro profesional de la salud que deje de fumar?

HFG6.

Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

HFG7.

Las siguientes preguntas son acerca de tomar bebidas alcohólicas. Se incluyen licores, tales como whiskey o ginebra, tragos mezclados, vino, cerveza, y cualquier otro tipo de bebida alcohólica.

Por favor piense en un mes típico del año pasado. ¿Cuántos días tomó usted algún tipo de bebida alcohólica?

HFG8.

[Por favor piense en un mes típico del año pasado.] En esos días en que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó?

HFG9.

[Por favor piense en un mes típico del año pasado.] ¿Cuántos días tomó 4 o más tragos en un solo día?

HFHINTRO.

Ahora, le voy a preguntar sobre qué tan difícil es, corrientemente, para usted hacer cierto tipo de actividades. Por favor dígame para cada actividad si usted no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, o mucha dificultad, o no puede hacerla.

HFH1.

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene usted para inclinarse, agacharse, o arrodillarse? ¿Diría que usted no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?

- NO TIENE NINGUNA DIFICULTAD..... 1
- UN POCO DE DIFICULTAD 2
- ALGUNA DIFICULTAD 3
- MUCHA DIFICULTAD 4
- NO PUEDE HACERLO..... 5

HFH2.

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene usted para levantar o cargar objetos tan pesados como 10 libras, tal como un saco de papas? ¿Diría que usted no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?

- NO TIENE NINGUNA DIFICULTAD..... 1
- UN POCO DE DIFICULTAD 2
- ALGUNA DIFICULTAD 3
- MUCHA DIFICULTAD 4
- NO PUEDE HACERLO..... 5

HFH3.

¿Qué tal levantando o extendiendo los brazos sobre el nivel de los hombros?

- NO TIENE NINGUNA DIFICULTAD..... 1
- UN POCO DE DIFICULTAD 2
- ALGUNA DIFICULTAD 3
- MUCHA DIFICULTAD 4
- NO PUEDE HACERLO..... 5

HFH4.

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene usted para escribir o para tomar y sujetar objetos pequeños? ¿Diría que usted no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?

- NO TIENE NINGUNA DIFICULTAD..... 1
- UN POCO DE DIFICULTAD 2
- ALGUNA DIFICULTAD 3
- MUCHA DIFICULTAD 4
- NO PUEDE HACERLO..... 5

HFH5.

¿Qué tal caminando un cuarto de milla -- es decir, 2 ó 3 cuadras?

- NO TIENE NINGUNA DIFICULTAD..... 1
- UN POCO DE DIFICULTAD 2
- ALGUNA DIFICULTAD 3
- MUCHA DIFICULTAD 4
- NO PUEDE HACERLO..... 5

HFH10INT.

Estamos interesados en dos tipos de actividades físicas – vigorosas y moderadas. Las actividades moderadas causan un gran aumento de la respiración y latidos del corazón. Primero le preguntaré acerca de las actividades vigorosas que usted hace.

HFH10.

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades vigorosas, tales como deporte en equipo, correr, aeróbicos, trabajo pesado de la casa o patio, o cualquier actividad que le cause aumento de la respiración o latidos del corazón?

HFH11.

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades moderadas, tales como caminar rápido, andar en bicicleta, jardinería, jugando golf, nadando, o pasando la aspiradora?

HFH12

Ahora le voy a preguntar acerca de actividades que posiblemente usted hace para aumentar la musculatura o la flexibilidad.

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo ejercicios para aumentar la musculatura o la flexibilidad, tal como levantar pesas, flexiones para los pectorales, flexiones abdominales, estiramientos, o Yoga?

HFJINTRO.

A continuación, le voy a leer una lista de afecciones médicas.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho un médico (alguna vez) a usted que tenía alguna de estas afecciones?

HFJ1.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

endurecimiento de las arterias o arterioesclerosis?

HFJ2.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted (aún) tenía

hipertensión, llamada algunas veces alta presión sanguínea?

HFJ3.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿Le dijo

un médico que usted aún tenía

hipertensión, o alta presión sanguínea?

HFJ4.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

un infarto del miocardio o ataque al corazón?

HFJ5.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
infarto del miocardio o ataque al corazón?

HFJ6.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
(un nuevo episodio de) angina de pecho o enfermedad coronaria del corazón?

HFJ7.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
un episodio de angina de pecho, o enfermedad coronaria del corazón?

HFJ8.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
(un nuevo episodio de) fallo congestivo del corazón?

HFJ9.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
un episodio de fallo congestivo del corazón?

HFJ10.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

(un nuevo episodio de) problemas con las válvulas del corazón, tal como estenosis aórtica?

HFJ11.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo

un médico que usted tenía

un episodio de problemas con las válvulas del corazón o estenosis aórtica?

HFJ12.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

(un nuevo episodio de) problemas con el ritmo del corazón, tal como fibrilación atrial?

HFJ13.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo

un médico que usted tenía

un episodio de problema con el ritmo del corazón, tal como fibrilación atrial?

HFJ14.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

(un nuevo episodio de) alguna otra enfermedad del corazón?

HFJ15.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted (tiene/tenía)
un episodio de alguna otra afección del corazón?

HFJ16.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
un ataque de apoplejía, un derrame cerebral, o un accidente cerebrovascular?

HFJ17.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
un ataque de apopleja, derrame cerebral, o un accidente cerebrovascular?

HFJ17A.

¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía
el colesterol alto?

HFJ17B.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
el colesterol alto?

HFJ18.

Tengo anotado que usted anteriormente informó que tenía cáncer de la piel
Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
(un nuevo caso) de cáncer en la piel?

HFJ19.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
un nuevo caso de cáncer en la piel?

HFJ20.

Tengo anotado que usted informó anteriormente que tenía un tumor, crecimiento, o cáncer
(del/de la) [READ RESPONSES BELOW.
[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
algún (otro) tipo de cáncer, tumor maligno, o tumor distinto a cáncer de la piel?

HFJ21.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
algún tipo de cáncer, tumor maligno, o tumor distinto a cáncer de la piel?

HFJ22.

[Desde la primera vez que un médico le dijo que usted tenía un cáncer, tumor maligno, o tumor en/¿En]

qué parte o partes del cuerpo encontraron el cáncer o tumor?

[PROBE: ¿Alguna otra parte?

PULMONES.....	1
COLON, RECTO, O INTESTINO	2
PECHO, SENOS.....	3
ÚTERO	4
PRÓSTATA.....	5
VEJIGA	6
OVARIOS.....	7
ESTÓMAGO	8
CUELLO DEL ÚTERO	9
CEREBRO	10
RIÑONES.....	11
GARGANTA.....	12
CABEZA	13
ESPALDA	14
ÓRGANOS FEMENINOS NO ANOTADOS ARRIBA	15
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

HFJ24.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

artritis reumatoide?

HFJ25.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]

un médico (alguna vez) que usted tenía

artritis distinta a artritis reumatoide?

[EXPLAIN IF NECESSARY: Esto incluye osteoartritis]

HFJ26.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
artritis en alguna otra parte del cuerpo distinta a artritis reumatoide?

HFJ28.

¿Le ha dicho un médico (alguna vez) que usted tenía
una discapacidad intelectual, llamada algunas veces retardación mental?

HFJ29A

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico alguna vez que usted tenía
enfermedad de Alzheimer?

HFJ29B.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico alguna vez que usted tenía
algún tipo de demencia distinta a la enfermedad de Alzheimer?

HFJ30A.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
un trastorno mental o psiquiátrico, distinto a depresión?

HFJ30AA.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
depresión?

HFJ30BB.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía depresión?

HFJ31A.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
un trastorno mental o psiquiátrico, distinto a depresión?

HFJ32.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
osteoporosis, llamado a veces huesos frágiles o quebradizos.

HFJ33.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
una cadera quebrada?

HFJ34.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
una cadera quebrada?

HFJ35.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
enfermedad de Parkinson?

HFJ36.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
enfisema, asma o COPD?

HFJ37.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho]
un médico (alguna vez) que usted tenía
parálisis completa o parcial?

HFJ38.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo
un médico que usted tenía
parálisis completa o parcial?

HFJ39.

¿Le falta o ha perdido un brazo o una pierna?

HFJ40.

[Antes que le hicieran cirugía de la próstata, ¿le dijo alguna vez un médico)/

Desde (LAST HF MONTH YEAR)],

¿le ha dicho alguna vez un médico que usted tenía

agrandamiento de la próstata o hipertrofia prostática benigna HBP ("BPH")]?

HFJ41.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo

un médico que usted tenía

agrandamiento de la próstata o hipertrofia prostática benigna HBP ("BPH")?]

HFJ41A.

¿Le ha dicho un médico (alguna vez) que usted tenía

algún tipo de diabetes, incluyendo: diabetes de azúcar, alta presión de sangre por el azúcar, (en los límites de tener diabetes, pre-diabetes, o diabetes relacionada con el embarazo/en los límites de tener diabetes, pre-diabetes)?

HFJ41B.

Mirando esta tarjeta, por favor dígame qué tipo de diabetes le dijo el médico que usted tenía.

HFJ41C.

¿Le dijeron a usted en dos o más visitas diferentes que tenía diabetes?

HFJ42.

Usted me dijo que había tenido [READ CONDITIONS LISTED BELOW].

(¿Fue esta/¿Fueron algunas de éstas) la(s) causa(s) original(es) por las que usted llegó a ser elegible para recibir Medicare?

HFJ43.

¿Cuál fue la causa original por la cual usted llegó a ser elegible para recibir Medicare?

HFJ44.

¿Cuál de estas afecciones fue la causa por la que usted llegó a ser elegible para recibir Medicare?

[PROBE: ¿Alguna otra afección?]

HFKINTRO.

Ahora le voy a preguntar acerca de algunas actividades de todos los días y si usted tiene dificultad para hacerlas por sí mismo(a).

HFKA1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
usar el teléfono?

HFKA2.

Usted dijo que usar el teléfono es algo que usted no hace.

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKA3.

Usted dijo que su salud le hace difícil usar el teléfono

Usted dijo que usar el teléfono es algo que usted no hace.

¿Recibe ayuda de otra persona para usar el teléfono?

HFKA4.

Usted dijo que recibe ayuda para usar el teléfono. ¿Quién le da esa ayuda?

HFKB1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...

hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)?

HFKB2.

Usted dijo que hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana) es algo que usted no hace.

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKB3.

Usted dijo que su salud le hace difícil hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)

Usted dijo que hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana) es algo que usted no hace.

¿Recibe ayuda de otra persona para hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)?

HFKB4.

Usted dijo que recibe ayuda para hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana). ¿Quién le da esa ayuda?

HFKC1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas)?

HFKC2.

Usted dijo que hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas es algo que usted no hace.

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKC3.

Usted dijo que su salud le hace difícil hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas

Usted dijo que hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas es algo que usted no hace.

¿Recibe ayuda de otra persona para hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas)?

HFKC4.

Usted dijo que recibe ayuda para hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas. ¿Quién le da esa ayuda?

HFKD1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
preparar sus propias comidas

HFKD2.

Usted dijo que preparar sus propias comidas es algo que usted no hace.
¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKD3.

Usted dijo que su salud le hace difícil preparar sus propias comidas
Usted dijo que preparar sus propias comidas es algo que usted no hace.
¿Recibe ayuda de otra persona para preparar sus propias comidas?

HFKD4.

Usted dijo que recibe ayuda para preparar sus propias comidas. ¿Quién le da esa ayuda?

HFKE1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas?)

HFKE2.

Usted dijo que comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas) es algo que usted no hace.

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKE3.

Usted dijo que su salud le hace difícil comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas)

Usted dijo que comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas) es algo que usted no hace.

¿Recibe ayuda de otra persona para comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas)?

HFKE4.

Usted dijo que recibe ayuda para comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas). ¿Quién le da esa ayuda?

HFKF1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...

administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)?

HFKF2.

Usted dijo que administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas) es algo que usted no hace.

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFKF3.

Usted dijo que su salud le hace difícil administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)

Usted dijo que administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas) es algo que usted no hace.

¿Recibe ayuda de otra persona para administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)?

HFKF4.

Usted dijo que recibe ayuda para para administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas). ¿Quién le da esa ayuda?

HFLINTRO.

Ahora le voy a preguntar acerca de otras actividades de todos los días. Quisiera saber si usted tiene alguna dificultad para hacer cada una por sí mismo(a) y sin equipo especial.

HFLA1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
bañarse o ducharse?

HFLA2.

Usted dijo que bañarse o ducharse es algo que usted no hace por sí mismo(a).
¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFLA3.

Usted dijo que su salud le hace difícil bañarse o ducharse

Usted dijo que bañarse o ducharse es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Recibe ayuda de otra persona para bañarse o ducharse?

HFLA4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para bañarse o ducharse?

Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene al baño para ayudarle a bañarse o ducharse?

HFLA5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a bañarse o ducharse?

HFLA6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para bañarse o ducharse? ¿Ha sido esto...

HFLA7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para bañarse o ducharse?

HFLA9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para bañarse o ducharse.

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFLB1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
vestirse?

HFLB2.

Usted dijo que vestirse es algo que usted no hace por sí mismo(a).
¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFLB3.

Usted dijo que su salud le hace difícil vestirse
Usted dijo que vestirse es algo que usted no hace por sí mismo(a).
¿Recibe ayuda de otra persona para vestirse?

HFLB4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para
vestirse?
Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a su dormitorio para ayudarle a vestirse?

HFB5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a vestirse?

HFLB6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para vestirse? ¿Ha sido ésto...

HFLB7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para vestirse?

HFLB9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para vestirse.

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFLC1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...
comer?

HFLC2.

Usted dijo que comer es algo que usted no hace por sí mismo(a).
¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

HFLC3.

Usted dijo que su salud hace comer difícil]

Usted dijo que comer es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Recibe ayuda de otra persona para comer?

HFLC4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para comer?

Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ayudarle a comer?

HFLC5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a comer?

HFLC6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para comer? ¿Ha sido esto...

HFLC7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para comer?

HFLC9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para comer.

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFLD1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...

levantarse de la cama o pararse de sillas?

HFLD2.

Usted dijo que levantarse de la cama o pararse de sillas es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFLD3.

Usted dijo que su salud le hace difícil levantarse de la cama o pararse de sillas

Usted dijo que levantarse de la cama o pararse de sillas es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Recibe ayuda de otra persona para levantarse de la cama o pararse de sillas?

HFLD4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas?

Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ayudarle a levantarse de la cama o pararse de sillas?

HFLD5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a levantarse de la cama o pararse de sillas?

HFLD6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas? ¿Ha sido ésto...

HFLD7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas?

HFLD9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas?

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFLE1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...

Caminar?

HFLE2.

Usted dijo que caminar es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Es ésto debido a un problema de salud o físico?

HFLE3.

Usted dijo que su salud le hace difícil caminar

Usted dijo que caminar es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Recibe ayuda de otra persona para caminar?

HFLE4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para caminar?

Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ayudarle a caminar?

HFLE5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a caminar?

HFLE6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para caminar? ¿Ha sido esto...

HFLE7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para caminar?

HFLE9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para caminar?

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFLF1.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para...

usar el (inodoro/excusado)?

HFLF2.

Usted dijo que usar el (inodoro/excusado) es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

HFLF3.

Usted dijo que su salud le hace difícil usar el (inodoro/excusado)

Usted dijo que usar el (inodoro/excusado) es algo que usted no hace por sí mismo(a).

¿Recibe ayuda de otra persona para usar el (inodoro/excusado)?

HFLF4.

¿Se queda alguien normalmente cerca de usted solamente por si necesita ayuda para usar el (inodoro/excusado)?

Es decir, ¿alguien normalmente se queda cerca o viene al baño para ayudarle a usar el (inodoro/excusado)?

HFLF5.

¿Usa equipo especial o algún aparato que le ayude a usar el (inodoro/excusado)?

HFLF6.

¿Cuánto tiempo ha necesitado ayuda para usar el (inodoro/excusado)? ¿Ha sido esto...

HFLF7.

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará ayuda para usar el (inodoro/excusado)?

HFLF9.

Usted dijo que recibe ayuda/alguien se queda cerca por si necesita ayuda para usar el (inodoro/excusado)?

¿Quién le da esa ayuda/se queda cerca en caso que usted necesite que le ayuden?

HFL10.

¿Cuál de estas personas le da a usted la mayor ayuda para estas cosas?

HFM1.

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿se ha caído?

HFM2.

Desde (LAST HF MONTH YEAR)/el año pasado), ¿cuántas veces se ha caído?

HFM3A.

Pensando en la vez (más reciente) que usted se cayó, ¿se lastimó tanto que necesitó ayuda médica?

HFM3B.

¿Qué tipo de lesión se hizo en en esa caída (más reciente)?

[PROBE: ¿Algo más?]

NO SE LESIONÓ	1
HUESO ROTO/FRACTURA.....	2
TORCEDURA/ESGUINCE	3
CONTUSIÓN	4
CORTE/HERIDA/LACERACIÓN	5
CONCUSIÓN/CONMOCIÓN.....	6
DISLOCACIÓN	7
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	91

HFM3C.

¿Le causó su caída (más reciente) que tuviera que limitar sus actividades regulares?

HFM3D.

¿Cuánto tiempo le tomó volver a sus actividades regulares después de esa caída (más reciente)?

HFM3E.

¿Cómo calificaría usted su temor de caerse en una escala de 1 a 6, en que 1 es “No tengo ningún temor de caerme” y 6 “Tengo muchísimo temor de caerme”?

HFN1.

¿Sufre usted de pérdida de la memoria a tal punto que interfiera con sus actividades de todos los días?

HFN2.

¿Tiene problemas para tomar decisiones hasta el punto de que interfiera con sus actividades de todos los días?

HFN3.

¿Tiene problema para concentrarse o mantener la atención en lo que está haciendo?

HFN4.

En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo se sintió triste, infeliz, o deprimido(a)? ¿Diría que usted estuvo triste o deprimido(a) todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algo del tiempo, poco tiempo, o nunca?

TODO EL TIEMPO	1
LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	2
ALGO DEL TIEMPO	3
POCO TIEMPO	4
NUNCA.....	5

HFN5.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido 2 semanas o más en que perdió interés o no sintió placer por cosas que usualmente le gustan y disfruta?

HFPINTRO.

Ahora quiero preguntarle acerca de algunas cosas que usted posiblemente esté haciendo para mantener su salud, ya sea que le estén haciendo pruebas para problemas de salud o cuidándose para ciertas afecciones que usted tenga.

HFP1.

Tengo anotado que un médico le dijo que usted tenía (diabetes tipo 1/diabetes tipo 2/un nivel en el límite antes de diabetes/pre-diabetes/diabetes).

¿Qué edad tenía la primera vez que le dijeron que tenía diabetes?

HFP2.

¿Tuvo diabetes durante un embarazo solamente?

HFP4.

Por favor dígame si usted usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes.

¿Usted...

	SI	NO
a. toma insulina?	1	2
b. toma píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?	1	2
c. se hace pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa?	1	2
f. se revisa para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies?	1	2
h. se mide la presión de sangre en el hogar?	1	2

HFP5.

¿Con qué frecuencia toma insulina?

HFP6.

¿Con qué frecuencia toma píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?

HFP7.

¿Con qué frecuencia se hace pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa?

[PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

HFP8.

¿Con qué frecuencia se revisa para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies?

[PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

HFP10.

Durante el último año, ¿le examinó los pies un médico u otro profesional de salud para ver si tenía inflamaciones o irritaciones?

HFP11.

Más o menos, ¿cuántas veces vio el año pasado un médico u otro profesional de salud por su diabetes?

HFP13.

Una prueba de hemoglobina "A uno C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. Esto se hace normalmente en el consultorio de un médico.

Más o menos, ¿cuántas veces durante el último año un médico u otro profesional de salud le hizo una prueba de hemoglobina "A uno C"?

HFP14.

¿Diría usted que su azúcar en la sangre está bien controlada todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, parte del tiempo, una pequeña parte del tiempo, o nunca?

Por "bien controlada" queremos decir que el resultado de una prueba de hemoglobina "A uno C" reciente fue de 7.5 o menos o una prueba de sangre en ayunas fue de 140 o menos de promedio.

- TODO EL TIEMPO 1
- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO 2
- PARTE DEL TIEMPO 3
- UNA PEQUEÑA PARTE DEL TIEMPO 4
- NUNCA..... 5

HFP14A.

¿Tiene algún problema con los pies como resultado de su diabetes?

HFP15.

¿Tiene algún problema con los ojos como resultado de su diabetes?

HFP16.

¿Tiene algún problema con los riñones como resultado de su diabetes?

[EXPLAIN IF NECESSARY: La prueba se hace examinando la proteína en la orina.]

HFP17.

¿Ha participado alguna vez en un curso o clase de autocontrol de la diabetes, o ha recibido capacitación especial sobre cómo usted puede controlar su diabetes?

HFP18.

¿Cuándo fue la vez más reciente que participó en un curso o clase de autocontrol de la diabetes, o recibió capacitación especial sobre cómo usted puede controlar su diabetes?

- HACE MENOS DE 1 AÑO 1
- HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS 2
- HACE DE 2 AÑOS A MENOS DE 3 AÑOS..... 3
- HACE DE 3 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS..... 4
- HACE 5 AÑOS O MAS 5

HFP19.

¿Cuánto cree usted que sabe acerca de controlar su diabetes? ¿Sabe...

- casi todo lo que necesita saber,..... 1
- la mayoría de lo que necesita saber, 2
- algo de lo que necesita saber, 3
- un poco de lo que necesita saber o 4
- casi nada de lo que necesita saber acerca de controlar su diabetes?..... 5

HFP20.

Antes de hoy, ¿sabía usted que Medicare ahora ayuda a pagar el costo de los materiales para las pruebas de diabetes y educación de autocontrol para las personas con diabetes?

HFP21.

Tengo anotado que a usted nunca le ha dicho un médico que usted tiene diabetes.

¿Le han hecho alguna vez una prueba de sangre para ver si tiene diabetes?

HFP22.

¿Cuándo fue la vez más reciente que a usted le hicieron una prueba de sangre para la diabetes?

- HACE MENOS DE 1 AÑO 1
- HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS 2
- HACE DE 2 AÑOS A MENOS DE 3 AÑOS..... 3
- HACE DE 3 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS..... 4
- HACE 5 AÑOS O MAS 5

HFP23.

Antes de hoy, ¿sabía usted que hay una prueba de sangre para determinar si una persona tiene diabetes?

HFP24.

¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que usted tiene un alto riesgo de contraer diabetes?

HFP25.

Durante el último año, ¿ha recibido alguna información acerca de los signos, síntomas, o factores de riesgo de la diabetes?

HFQ1.

Quiero preguntarle acerca de un problema de salud que es más común de lo que la gente cree. Por favor mire esta tarjeta y dígame con qué frecuencia, si alguna, desde (LAST HF MONTH YEAR) usted perdió orina porque no pudo controlar la vejiga.

- MÁS DE UNA VEZ A LA SEMANA 1
- MÁS O MENOS UNA VEZ A LA SEMANA 2
- 2-3 VECES AL MES 3
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL MES..... 4
- CADA 2-3 MESES 5
- UNA O DOS VECES AL AÑO 6
- NUNCA..... 7
- SP ESTÁ EN DIÁLISIS O CATETERIZACIÓN U UROSTOMÍA O VEJIGA..... 8

HFR1.

Ahora quisiera hablar de otro tipo de enfermedad diferente, cáncer colorrectal o del colon, una enfermedad de los intestinos bajos.

Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez del cáncer colorrectal o del colon?

HFR3.

La prueba de sangre oculta en la materia fecal es una prueba simple para detectar los primeros signos de cáncer del colon. Este detecta trazas invisibles de sangre que se encuentran en la materia fecal. El médico u otro profesional de salud le pueden dar al paciente los materiales necesarios para recolectar muestras de materia fecal en el hogar del paciente. La muestra se manda entonces a un laboratorio para la prueba para determinar los resultados.

¿Le ha dado un médico u otro profesional de salud los materiales necesarios para hacer en el hogar la prueba para detectar la sangre en la materia fecal?

HFR4.

¿Ha oído hablar alguna vez de estos materiales necesarios para hacer la prueba en el hogar?

HFR5.

¿Completó las muestras y envió la tarjeta dentro para su más reciente prueba?

HFR7.

¿Cuándo se hizo su más reciente prueba para detectar la sangre en la materia fecal usando los materiales necesarios para hacerla en el hogar?

- HACE MENOS DE 1 AÑO..... 1
- DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS 2
- DE 2 AÑO A MENOS DE 3 AÑOS 3
- DE 3 AÑO A MENOS DE 5 AÑOS 4
- HACE 5 AÑOS O MAS..... 5

HFR8.

Otra prueba para detectar los primeros signos de cáncer al colon se hace en el consultorio del médico. El médico usa un tubo flexible iluminado para examinar el colon y el recto directamente. Esto se llama una sigmoidoscopia o colonoscopia.

¿Le han hecho esta prueba alguna vez?

HFR9.

¿Cuándo le hicieron su más reciente sigmoidoscopia o colonoscopia?

HACE MENOS DE 1 AÑO.....	1
DE 1 AÑO A MENOS DE 2 AÑOS	2
DE 2 AÑO A MENOS DE 3 AÑOS	3
DE 3 AÑO A MENOS DE 5 AÑOS	4
HACE 5 AÑOS O MAS.....	5

HFR10.

Antes de hoy, ¿ha oído hablar alguna vez de una sigmoidoscopia o colonoscopia?

HFR11.

¿Le ha recomendado un médico alguna vez que se haga esta prueba?

HFR13.

Antes de hoy, ¿sabía que Medicare ahora ayuda a pagar los costos de las pruebas para cáncer colorrectal?

HFSINTRO

Ahora quisiera hablarle acerca de una enfermedad llamada osteoporosis, la cuál puede ser tratada si se descubre temprano. En la osteoporosis, los huesos pierden el calcio y se ponen frágiles y se rompen más fácilmente.

HFS1.

¿Ha hablado alguna vez con su médico u otro profesional de salud acerca de la osteoporosis?

HFS2.

¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que usted estaba en alto riesgo de osteoporosis?

HFS3.

Hay una prueba para detectar la osteoporosis en una etapa temprana, llamada Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso, o escáner DEXA.

¿Le han hecho a usted alguna vez una prueba de Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso?

HFS4.

Antes de hoy, ¿había oído alguna vez de esta prueba?

HFS5.

¿Cuándo fue la vez más reciente que le hicieron una prueba de medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso?

HFS6.

Antes de hoy, ¿sabía usted que Medicare pagaría por las pruebas de Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso de beneficiarios que estén en riesgo de contraer osteoporosis?

HFT1.

Tenemos anotado que un médico le ha dicho a usted que tenía hipertensión, llamada también alta presión sanguínea o hipertensión.

¿Le dijeron a usted en dos o más visitas médicas diferentes que usted tenía alta presión sanguínea?

[EXPLIQUE SI ES NECESARIO: Tenemos interés en saber si su presión sanguínea estaba alta más de una vez que se midieron.]

HFT2.

¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron la primera vez que tenía hipertensión o alta presión sanguínea?

HFT6D

Debido a su presión sanguínea, ¿está usted ahora midiéndose la presión sanguínea en su hogar?

HFT6G

Debido a su presión sanguínea, ¿está usted ahora tomando medicinas recetadas para su alta presión?

HFT6J

Usted mencionó que el año pasado en un mes típico usted no tomó alcohol. ¿Fue eso debido a su alta presión sanguínea? ¿Ha reducido el consumo de alcohol debido a su alta presión sanguínea?

HFT7.

¿Cuánto tiempo hace que le han estado tratando con medicinas recetadas su alta presión sanguínea?

HFT8.

¿Cuántas diferentes medicinas recetadas toma para su alta presión sanguínea?

HFT11A

¿Con qué frecuencia tiene usted problemas de efectos secundarios de su(s) medicina(s) para la alta presión sanguínea? Por favor dígame si siempre, algunas veces, o nunca tiene problemas de efectos secundarios.

[EXPLIQUE SI ES NECESARIO: Por “efectos secundarios” quiero decir si la medicina le causa algún efecto tal como fatiga, dolor de cabeza, o tos.

SIEMPRE	1
ALGUAS VECES	2
NUNCA.....	3

FHT12A.

Los médicos frecuentemente recomiendan cambios en el estilo de vida, tal como cambiar de dieta, o hacer ejercicios en forma regular para controlar la presión sanguínea alta. Para controlar su presión sanguínea, ¿cuánta seguridad tiene de poder seguir estas recomendaciones? ¿Diría usted que tiene mucha seguridad, seguridad, alguna seguridad, o no tiene ninguna seguridad?

MUCHA SEGURIDAD	1
SEGURIDAD	2
ALGUNA SEGURIDAD.....	3
NINGUNA SEGURIDAD	4

FHT13.

¿Tiene usted dificultades para pagar por las medicinas que su médico le receta para la presión sanguínea?

FHT14.

¿Ha dejado de tomar medicinas, tomado menos medicinas, o compartido medicinas con alguna otra persona