

**Medicare Health Outcomes Survey
Questionnaire (Spanish)
2011**

Insert Cover Art

Instrucciones para la Encuesta de Medicare Sobre la Salud

Esta encuesta contiene preguntas sobre usted y su salud. Por favor, responda a cada pregunta pensando en usted mismo. Por favor tome su tiempo para 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 que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.

Preguntas de ejemplo:

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

56. ¿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 itálica* como la siguiente:

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

Toda información que pudiera identificar a cualquier persona que complete esta encuesta es protegida por la Ley de Privacidad y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará sólo para propósitos permitidos por la ley y no se revelará ni se proporcionará por cualquier otra razón. Si usted tiene alguna pregunta o desea saber más sobre el estudio, por favor llame a [vendedor name] al [toll-free number].

OMB 0938-0701 Version 02-1

© 2011 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* se desarrolló y se modificó de una encuesta sobre la salud de 36 preguntas.

Encuesta de Medicare Sobre la Salud

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

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Excelente | Muy Buena | Buena | Regular | 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, o jugar al boliche o al golf | 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 su 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 realizado menos de lo que le hubiera gustado. | 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 su 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 realizado menos de lo que le hubiera gustado | 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 que 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 interfirió el **dolor** con 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

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.

6. ¿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

2

3

4

5

6

b. ha tenido mucha energía?

1

2

3

4

5

6

c. se ha sentido desanimado y triste?

1

2

3

4

5

6

7. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han interferido con 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 puede haber 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 padecimientos físicos y 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 **mal** estado de 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 de artritis o de las articulaciones que por lo general ha sentido durante las **últimas 4 semanas**?

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

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| | 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)?..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Puede oír la mayoría de las cosas que la gente dice (con un aparato para el oído si es así como oye mejor)?..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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

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

- | ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...? | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 32. Diabetes o exceso de azúcar en la sangre o en la orina..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 33. Cualquier tipo de cáncer (aparte del cáncer de piel) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 34. Actualmente, ¿está recibiendo tratamiento para: | Sí | No |
| a. cáncer del colon o del recto? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. cáncer de los pulmones? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. cáncer de mama o seno? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. cáncer de la próstata? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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 (por ejemplo: trabajo, escuela o 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 en las cosas que normalmente le interesaban o de las que disfrutaba? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 37. Durante el último año , ¿se ha sentido deprimido o triste la mayor parte del tiempo? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿Ha tenido 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 ha sentido bien algunas veces? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿Por cuánto tiempo durante la última semana usted se sintió deprimido/a? | | |

| Rara vez o nunca | Algunas veces o pocas veces | Ocasionalmente o en forma moderada | La mayor parte del tiempo o todo el tiempo |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

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

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

41. ¿Usted fuma todos los días, algunos días o no fuma nada?

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

42. Muchas personas tienen problemas de incontinencia urinaria o la orina se sale de en forma involuntaria. Durante los **últimos 6 meses**, ¿se ha orinado en forma involuntaria accidentalmente?

- 1 Sí → **Pase a la pregunta 43**
- 2 No → **Pase a la pregunta 46**

43. ¿Cuánto problema fue para usted sale en forma involuntaria?

- 1 Un problema grande → **Pase a la pregunta 44**
- 2 Un problema pequeño → **Pase a la pregunta 44**
- 3 No fue problema → **Pase a la pregunta 46**

44. ¿Ha hablado usted con su médico actual u otro personal médico sobre su problema de que la orina se salga en forma involuntaria?

- 1 Sí
- 2 No

45. Hay muchas maneras de tratar la incontinencia urinaria, incluyendo los ejercicios de la vejiga, 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

46. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado usted 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 47**

2 No → **Pase a la pregunta 47**

3 No he acudido al médico durante los últimos 12 meses → **Pase a la pregunta 48**

47. 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 su salud, su médico u otro personal médico puede aconsejarle que empiece subir o bajar las escaleras, que aumente el tiempo que camina de 10 a 20 minutos al día o que mantenga su programa actual de ejercicios.

1 Sí

2 No

48. 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

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

51. ¿Su doctor u otro personal médico le ha realizado algo para ayudarlo/a a prevenir caídas o tratar sus problemas de balance o de caminar? Algunas cosas pueden incluir:

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

52. ¿Usted se 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

53. ¿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 | |

54. ¿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 |

55. ¿En qué **año** nació? Por favor escriba solamente **el año de su nacimiento**.

| | | | |
|---|---|--|--|
| 1 | 9 | | |
|---|---|--|--|

56. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
2 Mujer

57. ¿Es usted de origen o ascendencia hispanoamericana o latinoamericana?

- 1 Sí, soy hispano o latino
2 No, no soy hispano ni latino

58. ¿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 Hawái o de otras islas del Pacífico
- e Blanco

59. ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1 Casado
- 2 Divorciado
- 3 Separado
- 4 Viudo
- 5 Nunca se ha casado

60. ¿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 escuela secundaria o 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

61. ¿Es la casa o apartamento en que vive usted actualmente:

- 1 su propiedad o está en proceso de ser comprada por usted?
- 2 la propiedad de algún familiar o está en proceso de ser comprada por un familiar?
- 3 alquilada?
- 4 no es su propiedad y vive allí sin pagar renta?
- 5 ninguna de las anteriores?

62. ¿Quién llenó este cuestionario?

- 1 La persona a la que se dirigió la encuesta → **Pase a la pregunta 64**
- 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

63. ¿Cuál es el nombre de la persona que llenó este formulario? Por favor escriba claramente con letra de **impresita**.

PRIMER NOMBRE

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

APELLIDO

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

64. ¿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

USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA. GRACIAS.

“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, C3-24-07, Baltimore, Maryland 21244-1850.”

Insert vendor contact information here

Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.