

Form Approved
OMB No. 0920-0840
Expiration Date 02/29/2016

“Informing the Development of Mobile Apps for HIV Prevention, Treatment, & Care”

2j. Focus Group Assessment#2 –Spanish

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-0840)

Cuestionario Demográfico

Edad: ____

Género:

- Masculino
- Femenino
- Transexual masculino a femenino
- Transexual femenino a masculino
- Rehusó decir

Etnicidad:

- Hispano
- No Hispano
- Rehusó decir

Raza: (marque todas las que apliquen)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Negro Americano
- Nativo de Hawái o Nativo de Polinesia
- Blanco
- Otro
- Rehusó decir

Qué tan seguido utiliza una computadora portátil o de escritorio?

- Varias veces al día
- Una vez al día
- Varias veces a la semana
- Varias veces al mes
- Una vez al mes o menos
- Nunca

Desde cuándo utiliza una computadora portátil o de escritorio?

- En los últimos seis meses
- En el último año
- En los últimos dos años
- Más de dos años

Qué tan seguido utiliza un aparato móvil (ej. Smartphone)?

- Varias veces al día
- Una vez al día
- Varias veces a la semana
- Varias veces al mes
- Una vez al mes o menos
- Nunca

Desde cuándo utiliza un aparato móvil (ej. Smartphone)?

- En los últimos seis meses
- En el último año
- En los últimos dos años
- Más de dos años

Qué tan seguido utiliza una Tableta de gráficos?

- Varias veces al día
- Una vez al día
- Varias veces a la semana
- Varias veces al mes
- Una vez al mes o menos
- Nunca

Desde cuándo utiliza una Tableta de gráficos?

- En los últimos seis meses
- En el último año
- En los últimos dos años
- Más de dos años

Qué tipo de aparato móvil utiliza con mayor frecuencia?

- Teléfono Android
- iPhone
- Palm Pre
- Tableta de gráficos (ej. iPad)
- Netbook

Cuál de los siguientes tipos de aplicaciones utiliza (marque todos los que corresponda):

- Instrumentos basados en la Ubicación (GPS)
- Comparte datos con los proveedores de salud
- Comparte datos con contactos personales (Familia, seres queridos)
- Mensajería de Motivación
- Seguimiento del progreso de la adherencia (al medicamento)
- Aplicación con Bloqueo (Protegido por contraseña)
- Seguimiento de su estado de ánimo (Diario)
- Notas Personales (Para la reflexión, la conexión, identificación de factores desencadenantes de comportamiento)
- Seguimiento de los efectos secundarios
- Almacén de Información Educativa
- Apoyo de miembros de su misma edad

Cuál de las aplicaciones identificadas anteriormente utiliza con mayor frecuencia?

Historial Médico sobre el VIH

1. Alguna vez ha recibido atención médica para su VIH?

No

Sí

No sé

Si respondió sí,

2. Hace cuanto recibió por primera vez atención médica para su VIH?

_____ año(s) _____ meses

No sé

3. Cuál es el recuento más bajo de células CD4 que usted *alguna vez haya tenido*?

Menos de 200 células/mm³

Entre 200 y 349 células/mm³

Entre 350 and 499 células/mm³

500 células/mm³ o más

Nunca me he hecho el examen

No sé

4. Alguna vez le diagnosticaron SIDA?

No

Sí

No sé

Si respondió sí,

5. Cuando le diagnosticaron SIDA por primera vez?

__ / ____ (mes / año)

No sé

ENS (adaptado de Whiddett et al., La actitud de los pacientes referente a compartir su información de salud. International Journal of Medical Informatics. 2006;75:530-541.)

La primera serie de preguntas se refiere a compartir su información personal de salud utilizando una transmisión electrónica segura. Información *Personal* de salud significa información sobre su salud y el cuidado que ha recibido, y también información que les dice a las demás personas quien es usted (como ser su nombre, dirección, número de seguro social, número del record médico). Por favor indicar que tanto esta de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes oraciones.

1. Estoy dispuesto(a) a permitir que mi información personal de salud se comparta con:	Totalmente de acuerdo	De Acuerdo	Ni en acuerdo ni en	En desacuerdo	Totalmente
a1.....mi proveedor médico primario del VIH (ej., doctor, enfermera profesional, asistente médico profesional) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
b1. ... otros profesionales de salud en la clínica de mi proveedor médico primario del VIH (ej., enfermeras, asistentes médicos) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
c1. ... otro personal que no es profesional de salud en la clínica de mi proveedor medico primario del VIH (ej., recepcionista/ gerente) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
d1. ... especialistas que no tratan el VIH (ej., cardiólogos (doctores que tratan el corazón), ginecólogos/obstetras (doctores de las mujeres) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
e1. ... otros proveedores de salud (ej., personal de emergencia o del hospital) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
f1. ... farmacéuticos <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>	1	2	3	4	5
g1. ... otras organizaciones del VIH que sirven de apoyo (ej., asesor de salud) <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5
h1. ...otras organizaciones que sirven de apoyo (no específicos al VIH) (ej., programas que tratan la drogadicción, servicios de salud mental) <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5
i1. ... seguros de salud privados <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5
j1. ... seguros de salud del gobierno (ej., Fundación de	1	2	3	4	5

Ryan White; ADAP; Medicare; Medicaid) <u>utilizando una transmisión electrónica segura.</u>					
k1. ...el departamento de salud local <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5

Información sobre asuntos de privacidad

La próxima serie de preguntas se refiere a compartir su información de salud utilizando el record médico de papel tradicional. Una vez más, información *personal* de salud significa información sobre su salud y el cuidado que ha recibido, y también información que les dice a las demás personas quien es usted (como ser su nombre, dirección, número de seguro social, número del record médico). Por favor indicar que tanto esta de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes oraciones.

2. Estoy dispuesto(a) a permitir que mi información personal de salud se comparta con:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a2. ... mi proveedor médico primario del VIH (ej., doctor, enfermera profesional, asistente médico profesional) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
b2... otros profesionales de salud en la clínica de mi proveedor médico primario del VIH (ej., enfermeras, asistentes médicos) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
c2... otro personal que no es profesional de salud en la clínica de mi proveedor médico primario del VIH (ej., recepcionista/ gerente) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
d2. ... especialistas que no tratan el VIH (ej., cardiólogos (doctores que tratan el corazón), ginecólogos/obstetras (doctores de las mujeres) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
e2. ... otros proveedores de salud (ej., personal de emergencia o del hospital) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
f2. ... farmacéuticos <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
g2. ... otras organizaciones del VIH que sirven de apoyo (ej., asesor de salud) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
h2. ... otras organizaciones que sirven de apoyo (no específicos al VIH) (ej., programas que tratan la drogadicción, servicios de salud mental) <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5
i2. ... seguros de salud privados <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u> .	1	2	3	4	5

j2. ... seguros de salud del gobierno (ej., Fundación de Ryan White; ADAP; Medicare; Medicaid) <u>utilizando el record médico de papel tradicional.</u>	1	2	3	4	5
k2. ... el departamento de salud local <u>utilizando el record médico de papel tradicional.</u>	1	2	3	4	5

ESTIGMA-Formulario corto que mide el estigma interiorizado del VIH (alpha = 0.86)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. La sociedad ve de menos a las personas con VIH.	1	2	3	4	5
2. Las personas me culpan por tener el VIH.	1	2	3	4	5
3. Los proveedores de salud asumen que las personas con el VIH se acuestan con cualquiera.	1	2	3	4	5
4. Las personas creen que uno no puede ser un buen padre o una buena madre si tiene el VIH.	1	2	3	4	5
5. Ahora que tengo el VIH las personas me tratan de menos.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa que, si yo voy a una organización del SIDA, alguien me pueda ver.	1	2	3	4	5
7. Me preocupa que, si yo enfermo, las personas que conozco se van a dar cuenta que tengo el VIH.	1	2	3	4	5
8. Las personas más cercanas a mi tienen miedo de contraer el VIH de mí.	1	2	3	4	5
9. Siento que no soy parte de la sociedad porque tengo el VIH.	1	2	3	4	5
10. Me da pena decirle a las demás personas que tengo el VIH.	1	2	3	4	5
11. Mi familia se siente bien al hablar sobre mi VIH.	1	2	3	4	5
12. Para una persona es importante mantener el VIH en secreto de sus compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5

SF-12® Cuestionario del Paciente

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento:**

SF-12®:

Esta información le ayudará a sus médicos realizar un seguimiento de cómo usted se siente y qué tan bien puede hacer sus actividades de costumbre. Conteste todas las preguntas, colocando una marca de verificación en la línea frente a la respuesta adecuada. Si no está seguro(a) sobre cómo responder a una pregunta, por favor de la mejor respuesta posible.

1. En general, diría usted que su salud es:

- _____ Excelente (1)
- _____ Muy buena (2)
- _____ Buena (3)
- _____ Regular (4)
- _____ Mala (5)

Las siguiente dos preguntas son sobre las actividades que usted realiza durante un día normal. Su SALUD ACTUAL LE LIMITA hacer las siguientes actividades? Si es así, cuánto?

2. ACTIVIDADES MODERADAS, como ser mover una mesa, pasar la aspiradora, caminar más de una hora, etc...:

- _____ Sí, Me Limitan Bastante (1)
- _____ Sí, Me Limitan Un Poco (2)
- _____ No, No Me Limitan Para Nada (3)

3. Subir VARIOS pisos por las escaleras:

- _____ Sí, Me Limitan Bastante (1)
- _____ Sí, Me Limitan Un Poco (2)
- _____ No, No Me Limitan Para Nada (3)

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u sus actividades cotidianas A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

4. HIZO MENOS de lo que le hubiera gustado:

- _____ Sí (1)
- _____ No (2)

5. Tuvo limitaciones en el TIPO de trabajo o actividades cotidianas que realizó:

- _____ Sí (1)
- _____ No (2)

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, estuvo limitado en el tipo de trabajo que realizó u otras actividades regulares A CAUSA DE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL (como sentirse deprimido o ansioso)?

6. HIZO MENOS de lo que le hubiera gustado:

- _____ Sí (1)
- _____ No (2)

7. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas TAN CUIDADOSAMENTE como de costumbre:

- _____ Sí (1)

No (2)

8. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, hasta qué punto EL DOLOR le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?

Nada En Absoluto (1)

Un Poco (2)

Regular (3)

Bastante (4)

Mucho (5)

Las siguientes tres preguntas se refieren a cómo se siente y como le han ido las cosas DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Para cada respuesta, por favor responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿cuánto tiempo....

9. Se sintió calmado(a) y en paz?

Siempre (1)

Casi Siempre (2)

Muchas Veces (3)

Algunas Veces (4)

Sólo alguna vez (5)

Nunca (6)

10. Se sintió con mucha energía?

Siempre (1)

Casi Siempre (2)

Muchas Veces (3)

Algunas Veces (4)

Sólo alguna vez (5)

Nunca (6)

11. Se sintió desanimado(a) y deprimido(a)?

Siempre (1)

Casi Siempre (2)

Muchas Veces (3)

Algunas Veces (4)

Sólo alguna vez (5)

Nunca (6)

12. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, con qué frecuencia LA SALUD FISICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES le dificultaron sus actividades sociales (como visitar amigos, familiares, etc.)?

Siempre (1)

Casi Siempre (2)

Muchas Veces (3)

Algunas Veces (4)

_____ Sólo alguna vez (5)

_____ Nunca (6)

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved

SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

Para las próximas cuatro preguntas, por favor considere qué tan cómodo(a) se siente de compartir información de salud limitada. Información de salud *limitada* incluiría información sobre su salud y el cuidado que ha recibido, pero NO incluiría detalles que permitiría a las demás personas saber que esa información es sobre usted en específico. (Por ejemplo, no incluiría cosas como su nombre, dirección, número de seguro social, etc.)

3. Estoy dispuesto(a) a permitir que información limitada sobre mi salud personal se comparta con:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
l1. el departamento de salud local <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5
l2. el departamento de salud local <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u>	1	2	3	4	5
m1. investigadores <u>utilizando una transmisión electrónica segura</u>	1	2	3	4	5
m2. investigadores <u>utilizando el record médico de papel tradicional</u>	1	2	3	4	5