



En este cuestionario se le hacen preguntas sobre usted, su hogar, su uso del teléfono y la computadora, y su atención médica. Sus respuestas nos ayudarán a entender la salud de las mujeres como usted.

Office Use Only
[] [] []
[] [] []
[] [] []

- 1. ¿En qué año nació su madre? ___ ___ ___
2. ¿En qué año nació su padre ___ ___ ___
3. ¿Cuál es su peso actual? ___ ___ ___ lb

0 1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

- 4. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? O0 O1 O2 O3 O4 O5
5. ¿Cuántos parientes cercanos tiene? O0 O1 O2 O3 O4 O5

6. A medida que las personas envejecen, algunas veces tienen que hacer cambios en sus hogares para que sean lugares más seguros y sencillos donde vivir. Lea la lista a continuación y marque cualquier cambio o incorporación que haya hecho en su hogar para usted misma o para otra persona. Asegúrese de marcar todas las opciones que correspondan.

- O1 Barandillas o pasamanos O6 Menor cantidad de cosas
O2 Barras de agarre O7 Mayor cantidad de iluminación
O3 Rampas interiores o exteriores O8 Alturas del fregadero/la encimera
O4 Superficies antideslizantes O9 Otro
O5 Clavado de alfombras/tapetes O10 Sin cambios

- 7. En el último año, ¿se cayó en su hogar? O1 Sí O0 No
8. ¿Usa un dispositivo colgado del cuello o de la muñeca para comunicarse con ayuda de emergencia? O1 Sí O0 No

El informe sobre esta recopilación de información se calcula tomará 8.5 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigando las fuentes de datos que existen actualmente, colectando y manteniendo los datos necesarios y completar y repasar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar la recopilación de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recopilación, a menos que la agencia tenga un número de control de la OMB válido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo estimado, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). No envíe el formulario completado a esta dirección.

BAR CODE HERE OFFICE USE ONLY Date Received: ___-___-___
Month Day Year
Language: E O1 Reviewed By: _____
S O2 O RCR
SERIAL #
PLEASE MAKE NO MARKS IN THIS AREA

Formulario 156 – Cuestionario Suplementario

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No sé/ No estoy segura</u>
9. Durante los últimos 12 meses, ¿se aplicó la vacuna estacional contra la gripe?	O ₀	O ₁	O ₂
10. La vacuna contra la neumonía o vacuna neumocócica por lo general se aplica solo una o dos veces en la vida de una persona y es diferente de la vacuna contra la gripe. ¿Alguna vez se aplicó la vacuna contra la neumonía?	O ₀	O ₁	O ₂
11. ¿Se aplicó la vacuna contra el herpes (también conocida como vacuna zóster)?	O ₀	O ₁	O ₂
12. De adulta, ¿le diagnosticó algún médico neumonía?			
O ₁ Sí → O ₀ No O ₂ No sé/ No estoy segura	12.1 ¿Hace cuánto tiempo que se le diagnosticó neumonía por última vez? O ₁ Menos de 6 meses O ₃ Hace entre 6 y 12 meses O ₂ Hace entre 1 y 3 años O ₄ Hace más de 3 años		
13. ¿Le dijo alguna vez un proveedor de atención médica que usted tenía una infección en las vías urinarias (infección en la vejiga, cistitis, infección en los riñones, pielonefritis)?			
O ₁ Sí → O ₀ No O ₂ No sé/ No estoy segura	13.1 ¿Hace cuánto tiempo fue su última infección en las vías urinarias? O ₁ Menos de 6 meses O ₃ Hace entre 6 y 12 meses O ₂ Hace entre 1 y 3 años O ₄ Hace más de 3 años		
14. ¿Tuvo alguna vez herpes?			
O ₁ Sí → O ₀ No O ₂ No sé/ No estoy segura	14.1 ¿Hace cuánto tiempo que tuvo herpes? O ₁ Menos de 6 meses O ₃ Hace entre 6 y 12 meses O ₂ Hace entre 1 y 3 años O ₄ Hace más de 3 años		
15. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un oculista?			
O ₁ Hace 1 año O ₃ Hace más de 2 años O ₂ Hace 1 o 2 años O ₄ No visito a un oculista			
16. ¿Le dijo alguna vez un oculista que usted tiene glaucoma?			
O ₁ Sí → O ₀ No	16.1 ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron glaucoma? O ₁ < 55 O ₂ 55 a 64 O ₃ 65 a 74 O ₄ 75 a 84 O ₅ ≥ 85 16.2 ¿Le han tratado el glaucoma con alguno de los siguientes tratamientos? (Marque todos los que correspondan.) O ₁ Gotas para los ojos O ₂ Tratamiento láser O ₈ Otra intervención		

Formulario 156 – Cuestionario Suplementario

17. ¿Alguna vez la operaron para extraerle cataratas?

- ₁ Sí
 ₀ No



17.1 ¿Qué edad tenía cuando le hicieron su primera operación para extraerle cataratas?
 ₁ < 45 ₂ 45 a 54 ₃ 55 a 64 ₄ 65 a 74 ₅ 75 a 84 ₆ ≥ 85

18. ¿Le dijo alguna vez un oculista que usted tiene retinopatía diabética?

- ₁ Sí
 ₀ No



18.1 ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron retinopatía diabética?
 ₁ < 55 ₂ 55 a 64 ₃ 65 a 74 ₄ 75 a 84 ₅ ≥ 85

18.2 ¿Le han tratado la retinopatía con alguno de los siguientes tratamientos?
(Marque todos los que correspondan.)
 ₁ Tratamiento láser ₂ Cirugía/Vitrectomía ₃ Suplemento nutricional

19. ¿Le dijo alguna vez un oculista que usted tiene síndrome del ojo seco?

- ₁ Sí
 ₀ No



19.1 ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron síndrome del ojo seco?
 ₁ < 55 ₂ 55 a 64 ₃ 65 a 74 ₄ 75 a 84 ₅ ≥ 85

19.2 ¿Le han tratado el ojo seco con alguno de los siguientes tratamientos?
(Marque todas las opciones que correspondan.)
 ₁ Lágrimas artificiales de venta sin receta ₃ Suplementos de aceite de pescado u omega 3
 ₂ Gotas recetadas (p. ej., Restasis[®])

El siguiente grupo de preguntas indaga sobre la planificación avanzada de la atención médica. Esto puede incluir llegar a estar demasiado enferma como para vivir sola, estar muy enferma y no poder hablar por usted misma, o estar cerca del final de su vida y no poder hablar por usted misma.

20. ¿Ha elegido a una persona específica en la que confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda hablar por usted misma? **(Marque una opción.)**

- ₁ Sí
 ₀ No



20.1 ¿A quién eligió para que tome decisiones de atención médica en su nombre? **(Marque una opción.)**
 ₁ Mi cónyuge o pareja ₄ Un(a) amigo(a) o alguien que no es miembro de la familia
 ₂ Otro miembro de la familia ₅ Mi médico
 ₃ Mi familia como grupo

20.2 ¿Ha hablado con la persona que eligió sobre el tipo de atención médica que desea si estuviera muy enferma o cerca del final de su vida?
(Marque una opción.)
 ₁ Sí, tuvimos una charla muy detallada sobre mis deseos.
 ₂ Sí, pero simplemente tuvimos una charla general.
 ₃ No, porque doy por sentado que la persona que tomará decisiones en mi nombre sabe lo que quiero.
 ₄ No, por otro motivo.

Formulario 156 – Cuestionario Suplementario

21. ¿Ha hecho planes para lo que debería suceder si llegara a estar demasiado enferma como para vivir sola? **(Marque una opción.)**

O₁ Sí, he hecho planes.

O₃ No, no tengo planes pero he pensado en ello.

O₂ No, no lo pensé demasiado.

22. Una instrucción anticipada o un testamento vital son documentos que permiten a una persona elegir cómo quiere que se la trate si se enferma mucho y está cerca del final de su vida. ¿Ha completado una instrucción anticipada o un testamento vital por escrito?

O₁ Sí

O₀ No

O₂ No estoy segura

23. Durante el último año, ¿se ha negado algún proveedor de atención médica a tenerla de paciente porque usted está en Medicare?

O₁ Sí

O₀ No

O₂ No sé/No estoy segura

O₃ No estoy en Medicare

Las siguientes cinco preguntas tratan sobre sus hábitos alimentarios.

	No	Sí
24. Como menos de 2 comidas por día.	O ₀	O ₁
25. Como sola la mayor parte del tiempo.	O ₀	O ₁
26. Tengo problemas en los dientes o en la boca que me dificultan comer.	O ₀	O ₁
27. No siempre soy capaz desde el punto de vista físico de hacer las compras, cocinar o alimentarme.	O ₀	O ₁
28. No siempre tengo suficiente dinero para comprar los alimentos que necesito.	O ₀	O ₁

Este último grupo de preguntas trata sobre su uso de teléfonos y computadoras.

29. ¿Tiene teléfono celular?

O₁ Sí



O₀ No

29.1 ¿Envía o recibe mensajes de texto en su teléfono?
--

O₀ No

O₁ Sí

30. ¿Usa alguna computadora (ya sea en el hogar o fuera de él)?

O₁ Sí



O₀ No

30.1 ¿La usa para enviar mensajes de correo electrónico?	O ₀ No	O ₁ Sí
--	-------------------	-------------------

30.2 ¿La usa para Internet?	O ₀ No	O ₁ Sí
-----------------------------	-------------------	-------------------

	No	Sí
31. Incluso si no usa una computadora, ¿usa algún "teléfono inteligente", iPad u otro dispositivo para el correo electrónico o Internet?	O ₀	O ₁
32. ¿Usa Internet para buscar información sobre la salud?	O ₀	O ₁
33. ¿Ha mirado el sitio web de WHI (www.whi.org)?	O ₀	O ₁

Muchas gracias. Tómese unos minutos para verificar que no haya saltado ninguna pregunta.