

Attachment 9.c. Survey of Program Participants (Spanish)

<State Program Name> Encuesta de participantes del programa (12-13-13)

Esta encuesta es acerca de un programa especial para beneficiarios de Medicaid en <state>, llamado <statewide name>. Es posible que conozca este programa especial como:

- <specific name>
- <specific name>
- <specific name>

Cuando responda estas preguntas, por favor piense en sus experiencias en este programa especial. Usted puede estar participando en el programa ahora o ya pudo haber terminado de participar en el programa.

Algunas preguntas son acerca del personal del programa. El **personal del programa** puede ser cualquier persona que le ayuda como parte del <State Program Name>, tal como [tailored for state: e.g., consejero de estilo de vida, consejero de bienestar, mentor o guía, educador, asesor, enfermera u otro proveedor médico].

El programa especial puede ser acerca de diferentes tipos de temas de salud, tal como prevención de diabetes, control de diabetes, uso de tabaco, control de peso, presión arterial o colesterol. El programa puede incluir un solo tema de salud o varios temas de salud.

Por favor siga las siguientes instrucciones en esta encuesta al contestar las preguntas.

¡Gracias por su tiempo!

Recomendaciones para llenar el cuestionario

- Por favor comparta sus opiniones con toda confianza. Todas sus respuestas se mantendrán privadas. La información no se reporta al personal del programa
- Por favor use un bolígrafo de tinta **NEGRA** o **AZUL OSCURO** para marcar sus respuestas.
- Asegúrese de leer todas las posibles respuestas antes de marcar su respuesta.
- A veces la instrucción le indicará que pase a una o más preguntas. Vea si hay alguna nota indicándole si tiene que saltar una pregunta. Si no hay una nota, pase a la siguiente pregunta.
- Responda a todas las preguntas al escribir una “X” en el recuadro junto a su respuesta, de esta manera:

Ejemplo

1. Durante el mes pasado, ¿tuvo dolor de cabeza?
 - Sí → **Pase a la siguiente pregunta**
 - No → **Pase a la pregunta 3**
 - No sabe → **Pase a la pregunta 3**

2. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces tuvo dolor de cabeza?
 - De 1 a 2 veces
 - De 3 a 5 veces
 - 6 veces o más
 - No sabe

Sección A. Satisfacción con el programa

Estas preguntas se refieren a su satisfacción con este programa especial para beneficiarios de Medicaid.

1. ¿Cómo calificaría este programa? Seleccione un número del 1 al 10, donde 1 es el peor programa posible y 10 es el mejor programa posible.

El peor programa posible	_____										El mejor programa posible
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Recomendaría este programa a su familia y amistades?

- Definitivamente sí
 Probablemente sí
 No

3. En general, ¿qué tan satisfecho(a) estaba usted con este programa?

- Muy satisfecho(a)
 Algo satisfecho(a)
 Algo insatisfecho(a)
 Muy insatisfecho(a)

Sección B. Experiencias con el programa

Estas preguntas se refieren a sus experiencias con este programa especial. Al responder las preguntas, por favor piense en sus experiencias en los últimos meses.

Algunas de las preguntas se refieren al personal del programa. El personal del programa puede ser alguien que le ayudó como parte de este programa.

4. ¿Con qué frecuencia pudo comunicarse con el personal del programa cuando lo deseaba?
- Siempre
 La mayoría de las veces
 A veces
 Nunca _____ No traté de comunicarme con el personal del programa.

5. Las siguientes declaraciones son acerca del programa. **[Por favor, conteste “sí” o “no” por cada una de ellas.]**

	Sí	No	
a. Pude empezar en el programa tan pronto como quise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. La cantidad de tiempo que estuve en el programa fue adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. El horario del programa era conveniente para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. El lugar donde se realiza el programa era conveniente para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. El personal del programa hablaba mi idioma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Pude conseguir servicio de cuidado de niños cuando lo necesitaba para poder asistir al programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No necesité cuidado de niños <input type="checkbox"/>
g. Pude conseguir transporte cuando lo necesitaba para poder asistir al programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No necesité transporte <input type="checkbox"/>

6. ¿Con qué frecuencia pudo obtener la ayuda que deseaba por parte del personal del programa?
- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca
7. ¿Le dieron en el programa algún material educativo o alguna información acerca de su problema de salud (por ejemplo, materiales impresos o un sitio web)?
- Sí
- No → **Pase a la pregunta 10**
8. ¿Qué tanto le ayudaron estos materiales o esta información?
- Fueron de mucha ayuda
- Algo de ayuda
- No me ayudaron en nada
9. Las siguientes declaraciones son acerca de maneras en las que el programa puede haberle ayudado. **[Por favor marque qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada declaración.]**

El programa...

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. me ayudó a entender mi(s) problema(s) de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. me ayudó a aprender maneras de cuidar mejor de mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. me animó a hacer cambios en mi estilo de vida para mejorar mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Las siguientes declaraciones son acerca de su comunicación con el personal del programa. *[Por favor marque qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada declaración.]*

El personal del programa...

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. me explicó las cosas de una manera fácil de entender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. me escuchó atentamente a lo que tenía que decir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. me motivó a hacer preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. me motivó a hablar acerca de mis preocupaciones de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. parecía que les importaba yo como persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección C. Programa de premios o tipos de compensación

Estas preguntas se refieren a cualquier premio, tipo de compensación o cualquier otra cosa que usted pueda haber recibido por participar en este programa especial. Los premios o tipos de compensación podrían ser dinero en efectivo, una tarjeta de débito, una tarjeta de regalo, puntos para seleccionar un artículo en un catálogo, membresía en un gimnasio o un programa de salud, parches de nicotina o alguna otra cosa.

Puede que el programa en el que participó no ofrezca todos estos tipos de premios o tipos de compensación.

11. ¿Recibió (o va a recibir) algún premio o un tipo de compensación por participar en el programa?

- Sí
 No
 No estoy seguro(a)

12. ¿Qué tipo de premios o tipos de compensación recibió usted (o va a recibir) por participar en el programa?

[Por favor marque **Sí** o **No** para cada uno.]

	Sí	No
a. Dinero en efectivo o tarjeta de débito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tarjeta de regalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gastar la cuenta de bienestar (por ejemplo, una cuenta de banco que puede usar para comprar cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Puntos que puede usar para seleccionar algo de un catálogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Artículos o medicinas que le pueden ayudar a mejorar su salud (por ejemplo, una báscula digital o un parche de reemplazo de nicotina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Actividades que le pueden ayudar a mejorar su salud (por ejemplo, membresía de un gimnasio o de un programa para bajar de peso, 'Weight Watchers' o sesiones de consejería)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Asistencia para transporte, cuidado de niños u otro tipo de apoyo para ayudarle a participar en el programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otro (favor de especificar): _____		
i. Ninguno → Pase a la Sección D		

13. Estas declaraciones son acerca de premios o tipos de compensación por participar en el programa. *[Por favor marque qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada declaración.]*

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en des-acuerdo	Muy en des-acuerdo
a. Los premios o tipos de compensación me ayudaron (o me ayudarán) a fijar metas y tratar de alcanzarlas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los premios o tipos de compensación me ayudaron (o me ayudarán) a hacer cambios positivos en mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me gusta recibir premios o tipos de compensación por cuidar bien de mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Estoy contento(a) con los premios o tipos de compensación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estoy contento con la frecuencia con la que recibí (o que recibiré) los premios o tipos de compensación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Los premios o tipos de compensación son justos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas sobre diferentes temas de salud

El programa especial puede ser acerca de varios tipos de temas de salud, como prevención de diabetes, control de diabetes, uso de tabaco, control de peso, presión arterial o colesterol. El programa puede ser sobre un tema de salud o acerca de varios temas de salud.

Usted puede estar participando en el programa ahora o pudo haber terminado su participación en el programa.

Sección D. Programa de prevención de diabetes

Un programa de prevención de diabetes es para personas con riesgo de tener diabetes. El objetivo del programa es ayudar a las personas a no tener diabetes.

Por favor responda estas preguntas si el programa especial en el que usted participó fue sobre la prevención de diabetes. El programa también puede tratar sobre otros temas de salud.

14. ¿Fue el programa en el que participó sobre la prevención de diabetes?

Sí

No → **Pase a la Sección E**

15. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras de prevenir la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para prevenir la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarlo a prevenir la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarlo a prevenir la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección E. Programa de control de diabetes

Un programa de control de diabetes es para personas a las que un doctor les dijo que tenían diabetes. El objetivo del programa es ayudar a las personas a controlar su diabetes.

Por favor, responda estas preguntas si el programa especial en el que usted participó fue sobre control de diabetes. El programa también podría tratar sobre otros temas de salud.

16. ¿Fue el programa en el que participó sobre el control de diabetes?

Sí

No → **Pase a la Sección F**

17. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras de controlar su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para controlar su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarle a controlar su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarle a controlar su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección F. Programa de tabaco

Un programa de tabaco puede ayudar a las personas a dejar de fumar o dejar de usar otros tipos de tabaco.

Por favor responda estas preguntas si el programa especial en el que usted participó fue para dejar de fumar o dejar de usar otros tipos de tabaco. El programa también podría tratar sobre otros temas de salud.

18. ¿Fue el programa en el que usted participó para dejar de fumar o dejar de usar otros tipos de tabaco?

Sí

No → **Pase a la Sección G**

19. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras para dejar de usar tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para dejar de usar tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarlo a dejar de usar tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarlo a dejar a usar tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección G. Programa de control de peso

Un programa de control del peso puede ayudar a las personas a controlar su peso o ayudarles a bajar de peso.

Por favor, responda estas preguntas si el programa especial en el que participó fue para controlar su peso. El programa también puede tratar sobre otros temas de salud.

20. ¿Fue el programa en el que usted participó para el control del peso?

Sí

No → **Pase a la Sección H**

21. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras de controlar su peso o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para controlar su peso o bajar de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarle con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarle con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección H. Programa de presión arterial

Un programa de presión arterial puede ayudar a las personas a controlar o disminuir su presión arterial.

Por favor responda estas preguntas si el programa especial en el que usted participó fue sobre presión arterial. El programa también puede tratar sobre otros temas de salud.

22. ¿Fue el programa en el que participó sobre la presión arterial?

Sí

No → **Pase a la Sección I**

23. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras de controlar su presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para controlar su presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarle con su presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarle con su presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección I. Programa de colesterol

Un programa de colesterol puede ayudar a las personas a controlar su colesterol o a disminuir su colesterol.

Por favor responda estas preguntas si el programa especial en el que usted participó fue sobre el control de colesterol. El programa podría también tratar sobre otros temas de salud.

24. ¿Fue el programa en el que participó sobre el colesterol?

Sí

No → **Pase a la Sección J**

25. ¿El personal del programa...

	Sí	No
a. le ayudó a aprender maneras para disminuir su colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. le ayudó a fijar metas para disminuir su colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudó a enfrentar problemas que pudieran presentarse al tratar de alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. le dio medicamentos para ayudarle a disminuir su colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. le dio artículos o equipo para ayudarle a disminuir su colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN J. ACERCA DE USTED

Estas preguntas son acerca de sus antecedentes generales.

26. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

28. ¿En qué año nació usted?

29. ¿Es usted hombre o mujer?

- Hombre
- Mujer

30. ¿Cuál es su estado civil?

- Actualmente casado(a) o viviendo con una pareja
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

31. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más avanzado que ha completado?
- 8 años de escuela o menos
 - Algo de preparatoria (high school), pero sin graduarse
 - Graduado de la preparatoria (high school), Diploma de preparatoria, o su equivalente (o GED)
 - Algo de universidad o un título universitario de 2 años
 - Título universitario de 4 años
 - Título universitario de más de 4 años
32. ¿Cuál es su situación laboral actualmente? [Marque todas las respuestas que correspondan.]
- Empleado(a) de tiempo completo
 - Empleado(a) de tiempo parcial
 - Desempleado(a) y buscando trabajo
 - Estudiante
 - Encargado(a) del hogar
 - Jubilado(a)
33. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?
- Sí, hispano(a) o latino(a)
 - No, ni hispano(a) ni latino(a)
34. ¿Cuál es su raza? [Marque todas las respuestas que correspondan.]
- Indígena americana o nativa de Alaska
 - Asiática
 - Negra o afroamericana
 - Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
 - Blanca
35. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?
- Sí
 - No → **Pase a la pregunta 37**

36. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? [Marque todas las respuestas que correspondan.]

- Contestó alguna o todas las preguntas por mí
- Me leyó las preguntas
- Me explicó las preguntas
- Anotó las respuestas que le di
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de otra forma, por favor especifique: _____

Si tiene comentarios adicionales sobre el programa, por favor escríbalos aquí:

¡Gracias!