Mi Vida, Mi Salud:
Manejando Enfermedades Crónica
Encuesta POST Taller para participantes

¡Felicidades por completar el Taller Mi Vida, Mi Salud! Le agradeceríamos que por favor tome unos minutos para responder a algunas preguntas breves. Aunque puede dejar algunas preguntas sin contestar, le animamos a contestar todas las preguntas que le sean posibles ya que sus respuestas son sumamente importantes.

Esta encuesta es la segunda de una serie de tres partes. Se compone de preguntas similares a la encuesta del Pre-Taller y se utilizará para comparar cambios en sus respuestas a través del tiempo. Al final de esta página por favor escriba su nombre e información de contacto; esto es sólo con el propósito de emparejar su información de su asistencia y para poder contactarle para completar la Encuesta de Seguimiento de 6-Meses. Una vez que hemos emparejado esta información, su nombre será quitado de todas las encuestas que haya completado. Su nombre no será grabado en ninguna fuente de datos.

Su encuesta se mantendrá confidencial. Sus respuestas no afectarán ningunos de los servicios o programas que está recibiendo. Si usted tiene alguna pregunta sobre lo que se le está pidiendo contestar, por favor pregúntele a su líder de grupo.

¡Gracias nuevamente por tomar el tiempo para completar esta encuesta importante!

Nombre: _____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: Día ( )_____-_____ Noche ( )_____-_____

Correo Electronico:_____

¿Cómo prefiere que se comuniquen con usted? (Marque todas las que correspondan)

O **Correo** O **Teléfono/Día** O **Teléfono/Noche** O **Correo Electrónico**

Funding provided by the U.S. Administration on Aging and managed by
the Massachusetts Executive Office of Elderly Affairs and the Department of Public Health

For Program Coordinator Use Only

Participant # _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Please turn over

Mi Vida, Mi Salud:
Manejando Enfermedades Crónicas
POS-Taller Encuesta de los participantes

Office Use Only

Received _____

DPH _____

Encuesta Salud del Participante

Instrucciones:

Por favor, utilice un bolígrafo para responder las preguntas de ambos lados de este formulario. Imprima claramente. Por favor, rellene los círculos(s) completamente, como este:

Las preguntas del 1-3 han sido omitidas en esta encuesta

Actividad Física

4 ¿Durante la semana pasada, además de sus actividades regulares de rutina diaria, hizo usted cualquier actividad física o ejercicios, como caminar, montar en bicicleta, bailar, etc.?

- O **Si**
- O **No**

5 ¿ Cuantos días de la semana pasada usted fue físicamente activo al menos 30 minutos (no tuvo que ser todo a la vez), como caminar, montar bicicleta, pasar la aspiradora, la jardinería o cualquier otra cosa que le cause respirar más rápido

_____ Días de la semana pasada

Síntomas

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor, rellene el círculo por encima de UN número que describa sus síntomas durante la semana pasada. Cero indica ningún síntoma en absoluto.

6. Estamos interesados en aprender si usted fue afectado o no por la fatiga. Seleccione el número que mejor describe su fatiga durante la semana pasada.

No Fatiga	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Fatiga Severa**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

7. Estamos interesados en aprender si usted fue afectado o no por el dolor. Seleccione el número que mejor describe su dolor durante la semana pasada.

No Dolor	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Dolor Severa**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

For Program Coordinator Use Only

Participant # __ __ Facility Code _____ Workshop Start Date ____/____/_____

Workshop Leaders _____ _____ _____

Por favor voltear la página

Síntomas - Continuación

8. Estamos interesados en aprender si usted fue afectado o no por el estrés Seleccione el número que mejor describe su estrés durante la semana pasada

No Estrés	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Estrés Severo**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

9. Estamos interesados en aprender si usted fue afectado o no por problemas del sueño. Seleccione el número que mejor describe su sueño durante la semana pasada

No Problemas del sueño	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Muchos problemas del sueño**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

Niveles de Confianza

10. ¿Qué tan seguro(a) se siente de pode hacer las diferentes tareas y actividades necesarias para manejar su estado de salud a fin de reducir la necesidad de ver a un médico?

No muy seguro(a)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Completamente seguro(a)**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

11. ¿Qué tan seguro(a) se siente de pode hacer otras cosas a parte de sólo tomar medicamentos para reducir lo mucho que su enfermedad afecta su vida cotidiana?

No muy seguro(a)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	**Completamente seguro(a)**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	

¡Gracia por su ayuda!

Please turn over