

***Estudio de la Salud y la Jubilación:
Estudio de la Salud y Bienestar 2009***

COMO RELLENAR ESTE CUESTIONARIO

Por favor conteste las preguntas:

Marcando un cuadrado así:

Escribiendo un número en los cuadratos así:

A veces encontrará una instrucción que le dirá a que pregunta debe pasar a continuación, así:

Sí

No - Pase a la Pregunta B2

Por favor use un lápiz del #2 ó con una pluma de tinta negra.

Borre bien las marcas que no desea.

Por favor anote cantidad en dólares enteros.

Así:

\$, 4 .00



ACERCA DE ESTE CUESTIONARIO

Este cuestionario es parte del Estudio de la Salud y la Jubilación. Estamos muy agradecidos por su participación en el HRS, y esperamos que encuentre este cuestionario interesante al contestarlo. Como siempre, sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor recuerde que su participación es *voluntaria* y que puede dejar sin responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos cubre esta investigación para asegurar su privacidad. Este certificado puede ayudar a proteger a los investigadores de ser obligados a dar cualquier información que lo identifique. Por favor tome en cuenta que sí necesitamos reportar a las autoridades evidencia que indique daño o abuso a cualquier persona, pero este cuestionario no hace ninguna pregunta sobre tales temas.

Es muy importante que las preguntas sean contestadas por la persona cuyo nombre está impreso en la portada de este cuestionario (o por alguien que conozca bien a esta persona y pueda contestar las preguntas en su lugar o que le ayude a contestarlas si la persona a la que se le envió este cuestionario no puede hacerlo sola).

Muchas de las preguntas pueden ser contestadas haciendo una marca (X) en el cuadro () que está frente a su respuesta. Habrá algunas preguntas que no le correspondan, y por lo mismo se le indicará que no las conteste. Cuando esto suceda, encontrará una flecha (➔) en la respuesta dirigiéndolo a la pregunta apropiada. Cuando no se le dé una instrucción específica para la respuesta de su elección, por favor continúe con la siguiente pregunta.

Si tiene cualquier pregunta acerca del cuestionario, por favor llámenos a nuestro teléfono gratuito que es el 1-800-643-7605.

¡GRACIAS!

Sección W: Bienestar

W1. Por favor piense en su vida entera. Tomando todo en conjunto, ¿Qué tan satisfecho está usted ahora con su vida?

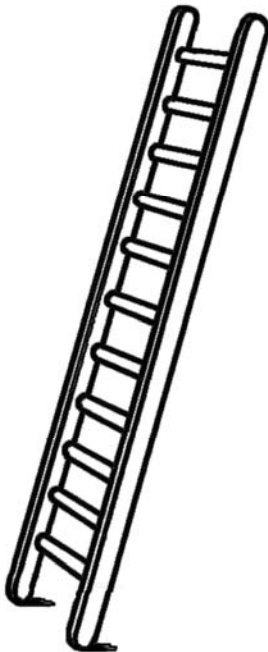
(Marque UN cuadro con una X)

Completamente satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)	Algo satisfecho(a)	No muy satisfecho(a)	Nada satisfecho(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W2a. Por favor imagínese una escalera con un número en cada escalón empezando con cero en el escalón de hasta abajo al diez en el de hasta arriba. Supongamos que decimos que la parte de hasta arriba representa la mejor vida posible para usted y la parte desde hasta abajo representa la peor vida posible para usted.

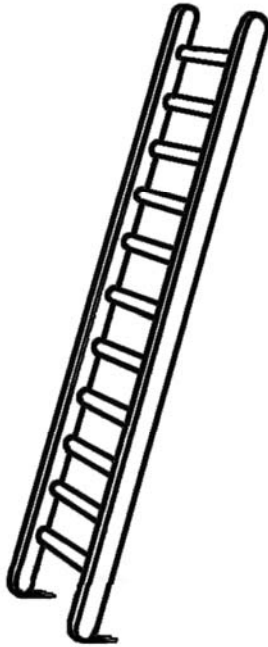
¿En cuál escalón de la escalera diría usted que personalmente se siente que está parado en este momento, asumiendo que entre más arriba estuviera el escalón mejor se sentiría usted sobre su vida y entre más abajo estuviera el escalón peor se sentiría de su vida? ¿Cuál escalón representa más a cómo se siente?

(Marque UN cuadro con una X)



- 10 Mejor vida posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Peor vida posible

W2b. ¿Cuál es su mejor suposición sobre cuál escalón se encontrará usted en el futuro, digamos que dentro de cinco años a partir de ahora? (Marque UN cuadro con una X)



- 10 Mejor vida posible
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- 0 Peor vida posible

W3. Está usted satisfecho(a) o insatisfecho(a) con su forma de vida (todas las cosas que usted puede hacer y comprar)?

Satisfecho(a)

Insatisfecho (a)

W4. Ahora mismo, ¿siente usted que su forma de vida está mejorando o está empeorando? (Marque UN cuadro con una X)

Mejorando

Igual (No hay cambio)

Empeorando

W5. ¿Qué tan difícil es para usted (su familia) pagar (sus) las cuentas mensuales? (Marque UN cuadro con una X)

No es difícil para nada

No muy difícil

Algo difícil

Muy difícil

Completamente difícil

W6. En los últimos siete días, ¿cuántos días hizo usted ejercicio por 30 minutos o más?
(Marque UN cuadro con una X)

0	1	2	3	4	5	6	Todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W7. En los últimos siete días, ¿cuántos días comió usted cinco o más porciones de frutas o vegetales? (Marque UN cuadro con una X)

0	1	2	3	4	5	6	Todos los días
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W8. ¿Está usted satisfecho(a) o insatisfecho(a) con su vida personal hoy en día?
(Marque UN cuadro con una X)

Satisfecho(a)	Insatisfecho(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora, por favor piense acerca de **AYER**, desde la mañana hasta el final del día.
Piense en donde estaba y lo que estaba haciendo, con quien estaba y cómo se sentía.

W9. ¿Sonrió o rió mucho usted ayer?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W10. ¿Aprendió o hizo algo interesante ayer?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W11. ¿Se sintió usted bien reposado(a) ayer en la mañana (es decir, durmió bien la noche anterior)?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W12. ¿Cómo estuvo su salud ayer? Estuvo....
(Marque UN cuadro con una X)

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W13. ¿Qué día de la semana fue ayer?
(Marque UN cuadro con una X)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W14. ¿Fue ayer un día normal para usted o pasó algo especial?
(Marque UN cuadro con una X)

- Sí- nada más un día normal
- No – mi día incluyó cosas malas (estresantes) inesperadas
- No – mi día incluyó cosas buenas inesperadas

Por favor piense ahora sobre la **COSAS QUE USTED HIZO AYER**. Piense en cómo pasó su tiempo y cómo se sintió.

W15a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer **viendo la televisión**?
(Escriba en números)

Horas

Minutos

No hizo esto → **Pase a la Q16a.**

W15b. ¿Cómo se sintió usted cuando estaba **viendo la televisión**? Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuve experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro)

	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
Me sentí.....	0	1	2	3	4	5	6
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W16a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer **en sus comidas**? (Escriba en números)

Horas

Minutos

No hizo esto → **Pase a la Q17a.**

W16b. ¿Cómo se sintió **durante sus comidas**?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuve experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
Me sentí.....	0	1	2	3	4	5	6
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W17a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer **administrando o gastando dinero** (por ejemplo, yendo de compras, efectuando transacciones bancarias, balanceando la chequera, pagando cuentas)? (Escriba en números)

 Horas

 Minutos

No hizo esto → **pase a la Q18a.**

W17b. ¿Cómo se sintió usted cuando estaba **administrando o gastando dinero**?
 Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuve experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
Me sentí.....	0	1	2	3	4	5	6
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W18a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer haciendo **actividades relacionadas con la salud** (por ejemplo, visitas al doctor, tomando medicinas, recibiendo tratamientos)? (Escriba en números)

 Horas

 Minutos

No hizo esto → **pase a la Q19a.**

W18b. ¿Cómo se sintió usted cuando estaba haciendo actividades relacionadas con la salud?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuvo experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

Me sentí.....	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
	0	1	2	3	4	5	6
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W19a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer caminando o haciendo ejercicio?

(Escriba en números)

Horas

Minutos

No hizo esto → pase a la Q20a.

W19b. ¿Cómo se sintió usted cuando estaba caminando o haciendo ejercicios?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuvo experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

Me sentí.....	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
	0	1	2	3	4	5	6
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W20a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer **reuniéndose socialmente con amigos, vecinos o familiares** (sin incluir a su esposo(a) o compañero(a))? (Escriba en números)

 Horas

 Minutos

 No hizo esto → **pase a la Q21a.**

W20b. ¿Cómo se sintió usted cuando estuvo **reuniéndose socialmente con amigos, vecinos o familiares**?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuve experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
	0	1	2	3	4	5	
Me sentí.....							
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W21a. ¿Cuánto tiempo pasó usted ayer **solo en casa (sin su esposo(a), compañero(a) o ninguna otra persona)**? (Escriba en números)

 Horas

 Minutos

 No hizo esto → **pase a la Q22a**

W21b. ¿Cómo se sintió usted cuando estuvo **solo en casa**?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuvo experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

Me sentí.....	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
	0	1	2	3	4	5	
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W22a. ¿Cuánto tiempo pasó usted **trabajando o haciendo trabajo voluntario fuera de casa**? (Escriba en números)

Horas

Minutos

No hizo esto → **Pase a la Sección A, Página 9**

W22b. ¿Cómo se sintió usted cuando estuvo **trabajando o haciendo trabajo voluntario fuera de casa**?

Evalúe cada experiencia en una escala desde 0 - No tuvo experiencia alguna - hasta 6 - el sentimiento fue extremadamente fuerte. (En cada línea marque una X en un cuadro.)

Me sentí.....	No experimenté sentimiento alguno						El sentimiento fue extremadamente fuerte
	0	1	2	3	4	5	
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aburrido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Final de la Sección W.

Sección A: El Acceso a las Medicinas Recetadas

A1. a. ¿Usó usted medicamentos recetados el año pasado?

₁ Sí → **Pase a la pregunta A2.**

₅ No → **A1b.** ¿Tiene usted algún seguro que cubriría parte del costo de los medicamentos recetados si los tuviera que usar?

₁ Sí → **Pase a la sección B en la Página 3**

₅ No → **Pase a la sección D en la Página 11**

A2. ¿Quién hace la mayoría de las compras de los medicamentos recetados que usted usa o toma? (Marque UNA (X).)

₁ Yo mismo hago la mayoría de las compras.

₂ Mi esposo(a)/compañero(a) hace la mayoría de las compras.

₃ Mi hijo(a) u otro miembro de la familia hace la mayoría de las compras.

₄ Una enfermera u otro ayudante pagado hace la mayoría de las compras.

₅ Otro (por favor especifique: _____).

A3. ¿Cuántos diferentes medicamentos recetados ha usado o tomado usted en el último mes?
de medicamentos recetados _____

A4. De esos medicamentos recetados, ¿cuántos usa o toma usted de manera regular (por ejemplo cada día o cada semana)?
de medicamentos recetados _____

A5. ¿Cuánto gasta usted generalmente de su propio dinero para una provisión de un mes de las medicinas que usa de manera regular? (Por favor redondee a la cantidad entera en dólares.)

_____ \$

A5b. En el último año, ¿cuánto es lo máximo que usted ha gastado para una provisión de un mes de las medicinas que usa de manera regular? (Por favor redondee a la cantidad entera en dólares.)

_____ \$

A6. En un mes típico, ¿de cuántas diferentes farmacias obtiene usted los medicamentos recetados (incluyendo las órdenes por correo)?

de farmacias _____

A7. Típicamente, ¿de dónde obtiene usted sus medicamentos recetados?

(Marque (X) todas las que le correspondan.)

₁ Una cadena grande de farmacias tales como Walgreen u Osco

₂ Una farmacia dentro de una tienda de abarrotes o de un supermercado

₃ Una farmacia que se encuentra dentro de una tienda de cadena de almacenes grandes tales como Target, Kmart o Wal-Mart

₄ Una farmacia independiente, que no es de cadena (una farmacia con propietario local)

₅ Una farmacia de la Administración de Veteranos

₆ Una farmacia dentro de una clínica médica u hospital

₇ Ordenados por correo

₈ A través del Internet

₉ Muestras gratis que dan los doctores

₁₀ Otro (por favor especifique: _____).

A8. ¿Qué tan frecuentemente compra usted sus medicamentos recetados de un proveedor de otro país como Canadá o México? (Marque UNA (X).)

₁ Nunca

₂ Raras veces

₃ Frecuentemente

A9. Además de sus medicamentos recetados, ¿cuál de los siguientes tipos de medicinas que se compran sin receta médica usa usted regularmente? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

₁ Calmantes para el dolor

₂ Antiácidos u otras medicinas estomacales

₃ Medicinas para alergias o resfriados

₄ Medicinas que ayudan a dormir

₅ Medicamentos herbales

₉ No uso ninguno de estos medicamentos regularmente

(Boxes are way off the answer categories)

Final de la Sección A.

Sección B: Cobertura y Costo de las Recetas Médicas

- B1.** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo funciona su seguro cuando compra los medicamentos recetados? (Marque UNA (X).)
- ₁ Yo pago parte del costo y el seguro paga el resto.
- ₂ Recibo un pequeño descuento del precio total con una tarjeta de descuento y yo mismo(a) pago el resto.
- ₃ Pago de mi bolsillo por todos los medicamentos el precio completo, sin el seguro. ➔
Pase a la Sección C en la Página 10
- ₄ No pago nada.
- ₅ Otro
- B2.** ¿De dónde obtiene usted su plan de seguro más importante que cubre sus recetas médicas? (Marque UNA (X).)
- ₁ Un plan que ofrece mi empleo, el empleo de un miembro de la familia, o un ex – empleo o sindicato
- ₂ Un plan Parte D de Medicare
- ₃ Un Medicare HMO o Medicare Advantage Plan
- ₄ Medicaid
- ₅ La Administración de Veteranos
- ₆ Programa Estatal de Asistencia para medicamentos (‘State Pharmacy Assistance Program’)
- ₇ Otro (por favor especifique: _____)
- ₉ No sé
- B3.** ¿Cuál es el nombre de su plan de seguro más importante para sus recetas médicas?
- _____
- ₉ No sé
- B4.** La cobertura de su seguro para las recetas médicas, ¿tiene un deducible anual, es decir, una cantidad que usted mismo tiene que pagar cada año antes de que el seguro empiece a ayudar a pagar? (Marque UNA (X).)
- ₁ Sí
- ₅ No ➔ **Pase a la Pregunta B6**
- ₉ No sé ➔ **Pase a la Pregunta B6**

B5. Si es sí, ¿de cuánto es su deducible?

\$ _____ Se deducen por año

B6. ¿Qué tipo de prima (premium) mensual hay en su seguro de medicamentos recetados?

₁ Lo pago yo mismo(a).

₂ Está incluido en la prima (premium) de mi HMO, Medicare Advantage o cobertura Medigap.

₃ Se deduce de mi cheque del Seguro Social.

₄ Se deduce de mi salario o del de mi esposo(a).

₅ Otro (por favor especifique: _____)

₆ No hay prima (premium) mensual → **Pase a la Pregunta B8.**

B7. ¿De cuánto es el pago mensual de la cuota? (Por favor redondee a la cantidad entera en dólares.)

\$ _____ por mes

B8. Algunos planes de salud tienen restricciones en el número, el tipo o la cantidad de dólares que ellos pagan por las recetas médicas. Marque todos los siguientes tipos de restricciones que tenga su plan. (Marque (X) todas las que le correspondan.)

₁ Mi plan no paga para nada por ciertos tipos de medicamentos.

₂ Mi plan me hace pagar más por ciertos tipos de medicamentos.

₃ Mi plan sólo paga por cierto número de medicamentos al mes.

₄ Mi plan sólo paga hasta cierta cantidad de dinero cada mes.

₅ Mi plan sólo paga hasta cierta cantidad de dinero cada año.

₆ Otro tipo de restricción.

₇ Mi plan no tiene restricciones.

₉ No sé

B9. En general ¿qué tan satisfecho(a) está con su cobertura actual para sus recetas médicas? (Marque UNA (X).)

₁ Muy satisfecho(a)

₂ Algo satisfecho(a)

₃ Algo insatisfecho (a)

₄ Muy insatisfecho (a)

B10. Diría usted que durante el último año, su cobertura para sus recetas médicas se ha:
(Marque una (X).)

₁ Mejorado

₂ Quedado igual

₃ Empeorado

B11. ¿Durante el año pasado (doce meses), ¿ha usted hecho alguna de las siguientes cosas?
(Marque (X) todas las que le correspondan.)

- Cambió a un plan de cobertura de recetas médicas diferente

- Cambió de la marca de un medicamento que usaba o cambió a una marca genérica para ahorrar dinero

- Habló con su doctor sobre cambiar de medicamentos para ahorrar dinero

B12. Durante el último año, ¿ha pensado en cambiar a un proveedor diferente o a un diferente plan de su mismo proveedor? (Marque una (X).)

-No, no he pensado en cambiar. Estoy contento(a) con mi plan.

-No, no he pensado en cambiar. Quiero evitar la molestia del proceso de tener que revisar todos los planes, compararlos y seleccionar.

-Sí, he considerado brevemente cambiar a un plan o proveedor diferente.

- Si, he considerado seriamente cambiar a un plan o proveedor diferente y he comparado los detalles de los planes.

B13. ¿Qué tan bueno diría usted que es su plan de cobertura de medicamentos recetados (el plan en que esta inscrito para el 2007)? (Marque una (X).)

En general es: -Excelente -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo

B14. ¿Qué tan bueno diría usted que son las siguientes características de su plan actual de medicamentos recetados? (Marque una (X) por cada línea.)

-Excelente -Muy bueno -Bueno -Regular -Malo

- a. El costo mensual del seguro
- b. Los deducibles
- c. La cantidad que paga por cada medicamento recetado (co-pago)
- d. Mantener el mismo costo de mes a mes
- e. Los medicamentos que cubre y no cubre
- f. Las selecciones de farmacias o las opciones de ordenar por correo
- g. El servicio al consumidor

B15. ¿Qué tan importantes son para usted las siguientes características de su plan del seguro de medicamentos recetados? (Marque una (X) por cada línea.)

-crítico -muy importante -importante -menos importante -No es importante para nada

- a. El costo mensual del seguro
- b. Los deducibles
- c. La cantidad que paga por cada medicamento recetado (co-pago)
- d. Mantener el mismo costo de mes a mes
- e. Los medicamentos que cubre y no cubre
- f. Las selecciones de farmacias o las opciones de ordenar por correo
- g. El servicio al consumidor

B16. Por favor díganos cualquier otra cosa que usted piense que es importante sobre su plan de seguros de recetas médicas que nosotros no le hayamos preguntado.

(Todos los comentarios deben ser escritos dentro del cuadro.)

Final de la Sección B.

Sección C: Uso de Medicamentos Recetados

C1. Las próximas preguntas son sobre los problemas que usted quizá haya tenido debido al costo de los medicamentos recetados. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Nunca	1 ó 2 veces	3 ó 4 veces	Más de 4 veces
a. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia no compró un medicamento recetado debido al costo?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia dejó de tomar sus medicamentos recetados debido al costo?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia dejó de tomar la dosis indicada de un medicamento recetado con el propósito de ahorrar dinero?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

C2. Durante el último año ¿ha tenido usted algún efecto secundario, alguna reacción no deseada, u otros problemas de salud por los medicamentos que tomaba? (Marque UNA (X).)

₁ Sí

₅ No → Pase a la Sección D en la Página 18

₉ No estoy seguro(a) → Pase a la Sección D en la Página 18

C3. Al pensar en la MÁS SEVERA de las reacciones que tuvo durante el año pasado, ¿qué hizo usted? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Redució o dejó de tomar el medicamento por decisión propia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b. ¿Habló con un doctor sobre esta reacción al medicamento?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c. ¿Visitó el consultorio de un doctor o cuarto de emergencia principalmente debido a esta reacción?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d. ¿Le pidió su doctor que redujera o dejara de tomar el medicamento por esta reacción?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e. ¿Se tomó otro medicamento o tratamiento para tratar esta reacción?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
f. ¿Fue admitido a un hospital durante toda una noche principalmente debido a esta reacción?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

Final de la Sección C.

Sección D: Opiniones sobre Medicare

Las siguientes preguntas tienen que ver con el programa de Medicare. Ya sea que participe o no participe en un programa de Medicare, por favor trate de contestar las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

D1. Basado en lo que usted sabe ahora, ¿qué tan favorable es su opinión sobre el programa de Medicare en general?

(Marque una (X) respuesta.)

Muy favorable – Algo favorable – Sin opinión – Algo desfavorable- Muy desfavorable-No sé

D2. Basado en lo que usted sabe ahora, ¿qué tan favorable es su opinión sobre el beneficio de la prescripción de medicamentos de Medicare, también conocida Medicare Parte D?

(Marque una (X) respuesta.)

Muy favorable – Algo favorable – Sin opinión – Algo desfavorable- Muy desfavorable-No sé

Final de la Sección D.

Sección E. Medicinas

Para realmente entender el impacto de los medicamentos recetados en la salud y la seguridad económica de las personas que, como usted, viven en los Estados Unidos es importante conocer algo de los medicamentos específicos que actualmente personas están usando o tomando. En esta sección se le pide que provea información sobre cada uno de los diferentes medicamentos que toma la persona cuyo nombre está impreso en la portada de este cuestionario. No incluya ningún medicamento recetado a otra persona. Por favor anote todos los medicamentos recetados, incluyendo aquellos que sólo toma ocasionalmente. Hay diez páginas hasta para diez medicamentos.

- Si toma más de diez, llene las diez páginas para los diez medicamentos que usted considere los más importantes y por favor sólo dé los nombres de los otros medicamentos **en la Sección F en la página 30.**
- Si toma menos de diez, llene las páginas para aquellos que toma y después **pase a la Sección G en la página 31.**

En esta sección, la primera parte de cada página para cada medicamento pide información que debe de estar impresa en la etiqueta de la botella u otro envase de sus medicamentos. Un ejemplo de la etiqueta de un medicamento y de cómo completar la parte de arriba de la hoja de medicamentos se muestra a continuación.

Ejemplo de la etiqueta de un Medicamento Recetado

VAMC Ann Arbor, MI 48104-2300
506 (DD/) Tel: 866-316-9350
RX#4599773 Sept. 6 de 2005 Fill 1 of 1
Juan Doe 60-4596
Tome una cápsula por la boca como se indica en
la mañana y a la hora de dormir
Deséchela después de septiembre 6 de 2006 Mfr _____
Cantidad: 60 CAP Doctor Kroll, Phil
Phenytoin NA (Dilantin) 100MG SA CAP

Ejemplo del formulario de Medicamentos:

E1. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

- a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): ____
- b. mg u otra medida
- c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma
- d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

Medicamento #1:

E1. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): ____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Líquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E2. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E3. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$_____

E4. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en des-acuerdo	En des-acuerdo	Muy en des-acuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E5. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E8**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E8**

E6. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #2:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E7. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E8. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E9. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E10. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E11. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E12. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 2. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E13.En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E15**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E15**

E14.¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #3:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E15. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E16. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E17. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E18. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E19. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 3. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E20. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E22**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E22**

E21. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #4:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E22. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

- a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____
- b. mg u otra medida
- c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma
- d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E23. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E24. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E25. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E26. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E27. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 4. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E28. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E29**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E29**

E29. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #5:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E30. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E31. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E32. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E33. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E34. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E35. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 5. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E36. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E36**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E36**

E37. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #6:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E38. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E39. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E40. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E41. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E42. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E43. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 6. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E44.En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E43**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E43**

E45.¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #7:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E46. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento- Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma **d.** Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E47. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E48. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E49. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E50. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E51. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 7. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E52. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este

medicamento? (Marque una).

₁ Sí

₅ No → Pase a la Pregunta E50

₉ No sé → Pase a la Pregunta E50

E53. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #8:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E54. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E55. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E56. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E57. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E58. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E59. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 8. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E60. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este

medicamento? (Marque una).

₁ Sí

₅ No → Pase a la Pregunta E57

₉ No sé → Pase a la Pregunta E57

E61. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #9:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E62. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E63. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E64. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

E65. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E66. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E67. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 9. **(Marque una respuesta por cada línea.)**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E68. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta E64**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta E64**

E69. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Medicamento #10:

Si usted solamente toma un medicamento o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

E70. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

a. El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE): _____

b. mg u otra medida

c. La forma del medicamento: -Capsulas -Tabletas -Inhalante -Liquida -Gotas -Otra forma

d. Instrucciones para la dosis: (# cantidad) (# de veces) por Día por Semana por Mes

E71. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).) Acabo de empezar 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años más de 5 años

E72. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? \$ _____

E73. ¿Qué seguro o tarjeta de descuento para medicamentos usó cuando compró este medicamento? _____

E74. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 10. (Marque una respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
c. Es demasiado caro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

E75. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (**Marque una**).

₁ Sí

₅ No → **Pase a la Pregunta F1. en la Página 30**

₉ No sé → **Pase a la Pregunta F1. en la Página 30**

E76. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (**Marque una respuesta por cada línea.**)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b. Efectos secundarios desagradables	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c. Estaba fuera de la casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d. Por olvido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Final de la sección E.

Sección F: Otros Medicamentos recetados

Si solamente toma diez medicamentos o menos, por favor **pase a la Sección G en la página 31.**

F1. Por favor anote cualquier otro medicamento que usted toma (no incluya ningún medicamento del que usted ya nos haya mencionado en la sección E).

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

f. _____

g. _____

h. _____

i. _____

j. _____

Final de la Sección F.

Sección G: Medicamentos sin receta médica

G1. Por favor anote cualquier medicamento sin receta médica que usted tome regularmente (no incluya ningún medicamento del que usted ya nos haya mencionado en la sección E). Por ejemplo, pueden ser cosas como aspirinas o antiácidos o medicinas para la alergia o medicamentos herbales. (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE.)

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

f. _____

g. _____

h. _____

i. _____

j. _____

Final de la Sección G.

Sección H: Comentarios

H1. ¿Las preguntas de este cuestionario fueron contestadas por la persona a la que este cuestionario fue dirigido, o contestó alguien más por esa persona? (Marque una.)

₁ Sí, las preguntas fueron contestadas por la persona a quien fue dirigido este cuestionario

₂ Las preguntas fueron contestadas por el / la esposo(a) o compañero(a) de la persona a quien fue dirigido este cuestionario

₃ Las preguntas fueron contestadas por el hijo o la hija de esa persona

₄ Las preguntas fueron contestadas por alguien más: Por favor indique si usted es un pariente, un amigo, una persona que provee cuidados y asistencia, o qué:_____.

H2. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le tomó completar esta entrevista?

de minutos:_____

H3. Por favor agregue cualquier comentario que usted desee en el espacio a continuación:

¡Gracias por su participación en este importante estudio!

Por favor mándenlos de regreso su cuestionario contestado en el sobre de correo postal prepagado. Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor no dude en llamarnos al 1-800-643-7605.

¡Gracias!

Conducido por: El Centro de Investigación y Encuestas
La Universidad de Michigan
(The Survey Research Center
The University of Michigan)

Patrocinado por: El Instituto Nacional de la Vejez
Los Centros de Medicare y los Servicios de Medicaid
(The National Institute on Aging Centers for Medicare and Medicaid
Services)