

Tomando Control (Encuesta Final)

Nombre o número del participante: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ (por ejemplo, 12/01/21)

ID del taller: ___ (por ejemplo, 01, 02, 03, etc.)

Lugar anfitrión: _____ (virtual, organización XYZ)

Fecha de inicio del taller: ___ / ___ / ___ (por ejemplo, 12/01/21)

Nombre del taller:

- Tomando Control de su Salud
 Programa de Manejo Personal del Dolor Crónico
 Tomando Control de su Diabetes
 Cáncer: Triunfando y Sobreviviendo
 Tomando Control de su Salud en el trabajo (Spanish Workplace CDSMP)

1. En general, ¿considerarías que tu salud es?

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Estable
 Mala

2. ¿Qué tan seguro(a) estás de que puedes manejar tu condición para poder hacer las cosas que necesitas y quieres hacer?

Totalmente inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente seguro(a)

3. ¿Con qué frecuencia te sientes solo(a) o aislado(a) de los que te rodean?

- Siempre
 Frecuentemente
 A veces
 Raramente
 Nunca

4. Escala de Soledad de la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles):

	Casi nunca	Parte del tiempo	Seguido
a. ¿Con qué frecuencia sientes que te hace falta compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado(a) de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Después de tomar esta clase, ¿qué tan bien sientes que se cumplieron las expectativas de este programa?

- Muy bien
 Moderadamente bien
 Ligeramente bien
 Nada bien

Tomando Control (Encuesta Final)

6. La clase me ayudó a alcanzar las metas que establecí en mi(s) plan(es) de acción (plan centrado en la persona): Sí No

7. Por favor, dinos en qué medida estás de acuerdo en que el programa te ha sido de gran ayuda. **Marca un círculo por pregunta.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo o en desacuerdo	Desacuerdo	En total desacuerdo
Controlar una condición crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuar trabajando o realizando otras actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacerle frente a sentimientos como la ira, la frustración, la tristeza, la depresión o el miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar el estrés y la fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer más sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incrementar la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar con profesionales de la salud o el equipo de cuidado médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socializar más con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Desde que comenzaste este programa, ¿qué has hecho para manejar tu(s) condición(es) crónica(s)? **Selecciona todas las que apliquen.**

<input type="checkbox"/>	Hablé con un amigo o familiar sobre mi(s) condición(es) crónica(s)
<input type="checkbox"/>	Hablé con un proveedor de atención médica sobre alguna técnica de automanejo que aprendí en este programa
<input type="checkbox"/>	Hice un cambio en mi dieta o hábitos alimenticios
<input type="checkbox"/>	Me ejercité o implementé actividad física adicional en mi rutina diaria
<input type="checkbox"/>	Conecté con otros participantes y continué socializando con ellos fuera de este programa
<input type="checkbox"/>	Revisé mis medicamentos y/o hábitos de consumir medicamentos e hice cambios que eran necesarios

9. Desde que comencé este programa, he aplicado las habilidades que aprendí en este programa para: **Selecciona todas las que apliquen.**

<input type="checkbox"/>	Manejar emociones como el estrés, la depresión, la ira, el miedo o la frustración
<input type="checkbox"/>	Controlar el dolor, la fatiga u otros síntomas de mi(s) condición(es) crónica(s)
<input type="checkbox"/>	Aumentar mi fuerza, flexibilidad, resistencia o condición física general

Tomando Control (Encuesta Final)

	Hacer una lista de medicamentos que incluya todos los medicamentos actuales, la dosis y la fecha en que los empecé a tomar
	Resolver un problema que estaba experimentando en mi vida
	Ayudar a otra persona a usar una técnica que aprendí en este programa

10. Después de tomar este taller, me estoy sintiendo _____ de mi salud: health:

- Mucho mejor
 Mejor
 Más o menos igual
 Peor
 Mucho peor

11. Después de tomar este taller, me siento _____ acerca de mi capacidad para manejar mi condición(es) crónica(s):

- Mucho mejor
 Mejor
 Más o menos igual
 Peor
 Mucho peor

12. En general, ¿dirías que tu sensación de bienestar es:

- Excelente
 Muy bueno
 Bueno
 Estable
 Malo

13. ¿Qué tan probable es que recomiendes este programa a un amigo o familiar?

- No del todo probable
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sumamente probable

14. ¿Estarías dispuesto(a) a compartir tu historia para ayudar a otras personas a obtener acceso a estos programas?

- Sí
 No

15. ¿Qué fue lo más valioso para ti de este programa?

16. Por favor, comparte cualquier comentario sobre los facilitadores del programa:

17. Por favor, proporciona cualquier otra información que te gustaría que sepamos:
