

Tomando Control CCDPH (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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tomando Control de su Salud | <input type="checkbox"/> Programa de Manejo Personal del Dolor Crónico |
| <input type="checkbox"/> Tomando Control de su Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer: Triunfando y Sobreviviendo |
| <input type="checkbox"/> Tomando Control de su Salud en el trabajo
(Spanish Workplace CDSMP) | <input type="checkbox"/> Opciones Activas |

¿Qué educación adicional para la salud o programación relacionada con la salud le gustaría ver en su idioma preferido?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación sanitaria general / manejo de diabetes | <input type="checkbox"/> Ejercicios sobre la prevención de caídas |
| <input type="checkbox"/> Educación de la diabetes | <input type="checkbox"/> Servicios sobre la salud mental |
| <input type="checkbox"/> Educación sobre el manejo de dolor | <input type="checkbox"/> Derivación a un médico de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Apoyo y educación sobre el cáncer | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Educación para la prevención de caídas | |

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

Active Choices CCDPH (Encuesta Final)

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

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"/>

Active Choices CCDPH (Encuesta Final)

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
<input type="checkbox"/>	Hacer una lista de medicamentos que incluya todos los medicamentos actuales, la dosis y la fecha en que los empecé a tomar
<input type="checkbox"/>	Resolver un problema que estaba experimentando en mi vida
<input type="checkbox"/>	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

Active Choices CCDPH (Encuesta Final)

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:
