

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:

Un Asunto de Balance

Tai Chi para la artritis y la prevención de caídas

Bingocize

¿Cómo te enteraste de esta clase?

Médico o miembro de mi equipo de cuidados médicos

Coordinador de cuidados médicos

Compañía de seguros

Familiar/amigo

Organización comunitaria

Otro: _____

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

Excelente Muy buena Buena Estable Mala

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

Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre

Las siguientes preguntas se refieren a las caídas. Por una caída, nos referimos a cuando una persona cae involuntariamente al piso o un nivel inferior.

3. Desde que inició el programa, ¿cuántas veces te has caído? Ninguna vez _____ veces

Si te caíste desde que el programa inicio:

a. ¿Cuántas de estas caídas te causaron una herida? (*Una herida se refiere a una caída que causó que limitarás tus actividades regulares durante al menos un día o que fueras con el doctor.*)

_____ número de caídas que te causaron una herida

b. ¿Le informaste a alguien sobre la caída (a un miembro de tu familia, a un amigo(a), a tu proveedor de cuidados médicos), aún cuando la caída te haya provocado una herida o no?

Sí No

Prevención de Caídas (Encuesta Final)

c. ¿Qué pasó después de que caíste? (Por favor marca todas las que apliquen)

- Fui a la sala de emergencias Me internaron en el hospital
 Fui con mi doctor(a) No busqué atención médica

4. ¿Qué tanto temes de caerte?

- Nada Un poco Algo Mucho

5. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿hasta qué punto la preocupación por caerte ha interferido con tus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos u otros grupos?

- Nada Ligeramente Moderadamente Bastante Extremadamente

6. Por favor marca con una **X** para decirnos qué tan seguro(a) estás de que puedes tomar las siguientes acciones:

	No del todo seguro(a)	Algo seguro(a)	Neutral	Seguro(a)	Muy seguro(a)
a. Puedo encontrar la manera de levantarme si me caigo					
b. Puedo encontrar la manera de reducir las caídas					
c. Puedo protegerme si me caigo					
d. Puedo aumentar mi fuerza física					
e. Puedo mantenerme más estable de pie					

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu nivel de actividad física semanal?

- Vigorosamente activo(a) al menos 30 minutos, tres veces por semana
 Moderadamente activo(a) al menos tres veces por semana
 Raramente activo(a), prefiriendo actividades sedentarias

8. Por favor marca con una **X** para decirnos lo que piensas sobre este programa.

Como resultado de participar en este programa:	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo o en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Me siento más cómodo(a) hablando con mi proveedor de atención médica sobre mis medicamentos y otros posibles riesgos de caídas.					
b. Me siento más cómodo(a) hablando con mi familia y amigos sobre las caídas.					

Prevención de Caídas (Encuesta Final)

c. Me siento más cómodo(a) aumentando mi actividad física.					
d. Me siento más satisfecho(a) con mi vida.					
e. Recomendaría este programa a un amigo o a un familiar.					
f. He reducido el miedo a caerme.					
g. Planeo continuar haciendo ejercicio.					
h. He hecho modificaciones de seguridad en mi casa como instalar barras de apoyo o asegurar alfombras sueltas.					

9. Desde que inició este programa, ¿qué has hecho para reducir las posibilidades de una caída?

Selecciona todas las que apliquen.

- Hablé con un familiar o amigo acerca de cómo puedo reducir el riesgo de una caída
- Hablé con un proveedor de atención médica sobre cómo puedo reducir el riesgo de una caída
- Me revisaron la vista
- Un médico o farmacéutico revisó mis medicamentos
- Participé o planeo participar en otro programa de prevención de caídas en mi comunidad

10. 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"/>

11. La clase me ayudó a alcanzar las metas que establecí en mi(s) plan(es) de acción:

- Sí No

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

- Sí No

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

Prevención de Caídas (Encuesta Final)

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

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