



Tomando Control (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

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

¿Cómo te enteraste de esta clase?

- Médico o miembro de mi equipo de cuidados médicos
- Compañía de seguros
- Organización comunitaria
- Coordinador de cuidados médicos
- Familiar/amigo
- Otro: _____

1. ¿Tu médico u otro proveedor de atención médica te sugirió tomar este programa??

- Sí
- No

2. ¿De qué sistema de salud recibes tus servicios de atención médica primarios?

Advocate Aurora Health	Mercy Health Corporation	
Amita Health	NorthShore University Health System	
Blessing Health System	Northwestern Memorial Health Care	
Carle Health	OSF Health Care	
Cook County Health	Presence Health	
Edward-Elmhurst Health	Rush	
Hospital Sisters Health System	Sinai Chicago	
Kindred Healthcare	Southern Illinois Healthcare	
Loyola Medicine	Swedish American Health System	
Memorial Health System		

3. ¿Cuántos años tienes? ___ años

Tomando Control (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

4. ¿Cómo describirías tu género?

Masculino	Mujer Transgénero
Femenino	No aparece en la lista anterior (por favor específica):
Queer/Género no conforme	Me rehúso a responder
Hombre Transgénero	

5. ¿Qué sexo se te asignó al nacer, en tu acta de nacimiento original?

Masculino	Intersexual
Femenino	Me rehúso a responder

6. Orientación sexual:

Lesbiana	Heterosexual
Gay	Algo más
Bisexual	Cuestionándome
Afeminado	Me rehúso a responder

7. ¿Eres de origen hispano, latino o español? Sí No

8. ¿Cuál es tu raza? **Marca todas las que apliquen.**

Indio americano o nativo de Alaska	Hawaiano Nativo u otro Isleño del Pacífico
Asiático	Blanco
Negro o Afroamericano	

9. ¿Eres sordo(a) o tienes dificultades serias para oír?? Sí No

10. ¿Eres ciego(a) o tienes dificultades serias para ver, inclusive cuando usas lentes?

Sí No

11. ¿Vives solo(a)? Sí No

12. ¿Cuál es el grado o nivel de escolaridad más alto que has cursado?

Algo de primaria, secundaria o preparatoria	Algo de universidad o escuela técnica
Preparatoria o GED	Universidad (4 años o más)

13. ¿Alguna vez has servido en el ejército? Sí No

Tomando Control (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

14. Durante el año pasado, ¿brindaste cuidado o asistencia a un amigo o familiar que tiene un problema de salud a largo plazo o alguna discapacidad? Sí No

15. En general, ¿considerarías que tu salud es?:
 Excelente Muy Buena Buena Estable Mala

16. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica te ha dicho que tienes alguna de las siguientes condiciones crónicas (que te ha durado tres meses o más)?

	SI	NO		SI	NO
Trastorno de ansiedad			Dolor crónico		
Colesterol alto			Enfermedad renal		
Asma/Enfisema/ Respiración crónica o problema pulmonar			Osteoporosis (baja densidad ósea)		
Cáncer o sobreviviente de cáncer			Obesidad		
Hipertensión (presión arterial alta)			Esquizofrenia u otro trastorno psicótico		
Depresión			Apoplejía (Embolia)		
Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre)			Artritis/enfermedad reumática		
Enfermedad del corazón			Otra condición crónica		

17. Debido a una condición física, mental o emocional,

- ¿Tienes dificultades serias para concentrarte, recordar o tomar decisiones?
 Sí No
- ¿Tienes dificultad para hacer mandados por tí mismo(a) como ir al consultorio del médico o ir de compras?
 Sí No

18. ¿Tienes dificultades serias para caminar o subir escaleras? Sí No

19. ¿Tienes dificultad para vestirte o bañarte? Sí No

20. ¿Con qué frecuencia te sientes solo(a) o aislado(a) de los que te rodean??
 Siempre Frecuentemente Algunas veces Raramente Nunca

Tomando Control (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

21. ¿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)

22. 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"/>

23. En general, yo diría que mi sensación de bienestar es:

Excelente
 Muy buena
 Buena
 Estable
 Mala

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