



# Prevención de Caídas (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:**

- Un Asunto de Balance
- Tai Chi para la artritis y la prevención de caídas
- Bingocize

**Solo Bingocize: ¿En cuál unidad de Bingocize® estás participando? Marca una respuesta.**

- Solo Ejercicio
- Nutrición
- Prevención de caídas
- Otra: \_\_\_\_\_

**¿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. ¿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		

## Prevención de Caídas (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

3. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_ años
4. ¿Vives solo(a)?     Sí     No
5. ¿Eres?:     Hombre     Mujer     Prefiero no decirlo
6. ¿Cómo describirías tu género?

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Queer/Género no conforme
<input type="checkbox"/>	Hombre Transgénero

<input type="checkbox"/>	Mujer Transgénero
<input type="checkbox"/>	No aparece en la lista anterior (por favor específica) _____
<input type="checkbox"/>	Me rehúso a responder

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

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino

<input type="checkbox"/>	Intersexual
<input type="checkbox"/>	Me rehúso a responder

8. Orientación sexual:

<input type="checkbox"/>	Lesbiana
<input type="checkbox"/>	Gay
<input type="checkbox"/>	Bisexual
<input type="checkbox"/>	Afeminado

<input type="checkbox"/>	Heterosexual
<input type="checkbox"/>	Algo más
<input type="checkbox"/>	Cuestionándome
<input type="checkbox"/>	Me rehúso a responder

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

10. ¿Cuál es tu raza? **Selecciona todas las que aplican.**

<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano

<input type="checkbox"/>	Hawaiano Nativo u otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Blanco

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

<input type="checkbox"/>	Algo de primaria, secundaria o preparatoria
<input type="checkbox"/>	Preparatoria o GED

<input type="checkbox"/>	Algo de universidad o escuela técnica
<input type="checkbox"/>	Universidad (4 años o más)

12. ¿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)?

## Prevención de Caídas (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

	SI	NO		SI	NO
Enfermedad de Alzheimer o alguna otra demencia			Hipertensión (presión arterial alta)		
Trastorno de ansiedad			Enfermedad renal		
Artritis/enfermedad reumática			Obesidad		
Asma/Enfisema/ Respiración crónica o problema pulmonar			Osteoporosis (baja densidad ósea)		
Cáncer o sobreviviente de cáncer			Enfermedad del Parkinson		
Dolor crónico			Esquizofrenia u otro trastorno psicótico		
Depresión			Apoplejía (Embolia)		
Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre)			Lesión cerebral traumática		
Enfermedad del corazón			Incontinencia urinaria		
Colesterol alto			Other Chronic Condition		

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

- Excelente   
  Muy buena   
  Buena   
  Estable   
  Mala

14. ¿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.***

15. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces te has caído?     Ninguna vez    \_\_\_\_ veces

***Si te caíste en los últimos tres meses:***

- 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

- 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

## Prevención de Caídas (Encuesta Inicial) Formulario Inicial del Participante

16. ¿Qué tanto temes caerte?

- Nada     
  Un poco     
  Algo     
  Mucho

17. 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

18. 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					

19. ¿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

20. 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

21. 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"/>