

Nombre o número del participante (Name): _____

ID del taller (Workshop ID): _____ **Nombre del sitio (Site):** _____

Fecha de inicio del programa (Start Date): ____ / ____ / ____ (por ejemplo, 05/01/23)

Nombre del programa:

- Un Asunto de Balance (*MOB*)
- Tai Chi para la artritis y la prevención de caídas (*Tai Chi*)
- Bingocize®- **¿En cuál unidad de Bingocize® estás participando? Marca una respuesta.**
 - Solo Ejercicio (*Exercise-Only*) Nutrición (*Nutrition*)
 - Prevención de caídas (*Falls Prevention*) Otra: _____ (*Other*)

1. ¿Cómo te enteraste de esta clase? (*How did you hear about this class?*)
- Compañía de seguros (*Physician*) Coordinador de cuidados médicos (*Care Coord*)
 - Compañía de seguros (*Insurance Co.*) Familiar/amigo (*Friend*)
 - Organización comunitaria (*Community Org.*) Otro (*Other*): _____

2. ¿Tu médico u otro proveedor de atención médica te sugirió tomar este programa? (*Dr. Suggested*)
- Sí (*Yes*) No

3. ¿Cuántos años tienes? (*Age*) _____ Años

4. ¿Vives solo(a)? (*Lives Alone*) Sí No

5. ¿Eres?: (*Are you:*)
- Hombre (*Male*) Mujer (*Female*) Prefiero no decirlo (*Prefer not to say*)

6. ¿Cómo describirías tu género? (*Gender*)

Masculino (<i>Male</i>)	Mujer Transgénero (<i>Trans Female</i>)
Femenino (<i>Female</i>)	No aparece en la lista anterior (por favor específica) _____
Queer/Género no conforme (<i>Genderqueer</i>)	Me rehúso a responder (<i>Decline to answer</i>)
Hombre Transgénero (<i>Trans Male</i>)	

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

Masculino (<i>Male</i>)	Intersexual (<i>Intersex</i>)
Femenino (<i>Female</i>)	Me rehúso a responder (<i>Decline to answer</i>)

8. Orientación sexual: (*Sexual Orientation*)

	Lesbiana (<i>Lesbian</i>)
	Gay
	Bisexual
	Afeminado (<i>Queer</i>)

	Heterosexual (<i>Straight</i>)
	Algo más (<i>Something else</i>)
	Cuestionándome (<i>Questioning</i>)
	Me rehúso a responder (<i>Decline to answer</i>)

9. ¿Eres de origen hispano, latino o español? (*Ethnicity*) Sí No

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

	Indio americano o nativo de Alaska (<i>American Indian or Alaska Native</i>)
	Asiático (<i>Asian</i>)
	Negro o Afroamericano (<i>Black or African American</i>)

	Hawaiano Nativo u otro Isleño del Pacífico (<i>Native Hawaiian or other Pacific Islander</i>)
	Blanco (<i>White</i>)

11. ¿Cuál es el grado o nivel de escolaridad más alto que has cursado? (*Education Level*)

	Algo de primaria, secundaria o preparatoria (<i>Some elementary or HS</i>)
	Preparatoria o GED (<i>High school/ GED</i>)

	Algo de universidad o escuela técnica (<i>Some college or technical</i>)
	Universidad (4 años o más) (<i>4 yrs+</i>)

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)? (*Chronic Conditions*)

	SÍ	NO		SÍ	NO
Enfermedad de Alzheimer o alguna otra demencia (<i>Alzheimer's</i>)			Hipertensión (presión arterial alta) (<i>High Blood Pressure</i>)		
Trastorno de ansiedad (<i>Anxiety</i>)			Enfermedad renal (<i>Kidney Disease</i>)		
Artritis/enfermedad reumática (<i>Arthritis</i>)			Obesidad (<i>Obesity</i>)		
Asma/Enfisema/ Respiración crónica o problema pulmonar (<i>Asthma</i>)			Baja densidad ósea (<i>Osteoporosis</i>)		
Cáncer o sobreviviente de cancer			Enfermedad del Parkinson (<i>Parkinson's</i>)		
Dolor crónico (<i>Chronic Pain</i>)			Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (<i>Schizophrenia</i>)		
Depresión (<i>Depression</i>)			Apoplejía (Embolia) (<i>Stroke</i>)		
Alto nivel de azúcar en la sangre (<i>Diabetes</i>)			Lesión cerebral traumática (<i>Brain Injury</i>)		
Enfermedad del corazón (<i>Heart Disease</i>)			Incontinencia urinaria (<i>Urinary Incontinence</i>)		
Colesterol alto (<i>High Cholesterol</i>)			Otra condición crónica (<i>Other</i>)		

13. En general, ¿considerarías que tu salud es? (*General Health*)

- Excelente (*Excellent*) Muy buena (*Very Good*) Buena (*Good*)
 Estable (*Fair*) Mala (*Poor*)

14. ¿Con qué frecuencia te sientes solo(a) o aislado(a) de los que te rodean? (*Lonely or isolated*)

- Nunca (*Never*) Raramente (*Rarely*) A veces (*Sometimes*)
 Frecuentemente (*Often*) Siempre (*Always*)

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 (*Number of times fallen*)

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 (*Number of injuries*)

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? (*Tell anyone*)

- Sí No

c. ¿Qué pasó después de que caíste? (Por favor marca todas los que apliquen) (*What happened after fall*)

- Fui a la sala de emergencias (*ER*) Me internaron en el hospital (*Admitted to Hospital*)
 Fui con mi doctor(a) (*Physician*) No busqué atención médica (*Did not seek care*)

16. ¿Qué tanto temes caerte? (*Fear of falling*)

- Nada (*Not at all*) Un poco (*A little*) Algo (*Somewhat*) Mucho (*A lot*)

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? (*Interfered with activities*)

- Nada (*Not at all*) Ligeramente (*Slightly*) Moderadamente (*Moderately*)
 Bastante (*Quite a bit*) Extremadamente (*Extremely*)

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) (Not at all)	Algo seguro(a) (Somewhat)	Neutral	Seguro(a) (Sure)	Muy seguro(a) (Very Sure)
a. Puedo encontrar la manera de levantarme si me caigo (<i>Get up</i>)					
b. Puedo encontrar la manera de reducir las caídas (<i>Reduce falls</i>)					
c. Puedo protegerme si me caigo (<i>Flexibility</i>)					
d. Puedo aumentar mi fuerza física (<i>Strength</i>)					
e. Puedo mantenerme más estable de pie (<i>Steady on feet</i>)					

19. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu nivel de actividad física semanal? (*Activity Level*)

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

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? (*Caregiver*) Sí No

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

	Casi nunca (Hardly ever)	Parte del tiempo (Some of the time)	Seguido (Often)
a. ¿Con qué frecuencia sientes que te hace falta compañía? (<i>Lack companionship</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido(a)? (<i>Left out</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado(a) de los demás? (<i>Isolated</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>