



# 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 medicos
- Familiar/amigo
- Cicero Area Project (CAP)
- Flesh Becoming Word
- LAMDA
- Community Development Corp of Bellwood
- Neighborhood United Methodist Church
- Our Lady of Mt. Carmel
- Quinn Center of St. Eulalia
- Rock of Ages
- Southland Ministerial Health Alliance
- Valley Kingdom Community Development Corp
- 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?

<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Mujer Transgénero
<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	No aparece en la lista anterior (por favor específica):
<input type="checkbox"/>	Queer/Género no conforme	<input type="checkbox"/>	Me rehúso a responder
<input type="checkbox"/>	Hombre Transgénero		

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

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

6. Orientación sexual:

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

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

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

<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Hawaiano Nativo u otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	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?

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

---



---



---