

[Nombre del programa] Encuesta de Información del Participante

Solo Uso Admin: Participante I.D.: El Facilitador o Personal del Programa debe llenar esta parte del formulario y marcar el número del participante junto al nombre en el formulario de asistencia.

Abreviatura del Estado: ___ (ej., NY, VA, etc.)

Cuatro primeras letras del nombre del lugar: _____

Fecha de inicio del programa: ___ / ___ / ___ (ej., 12/01/19)

Número del participante: ___ (ej., 01, 02, 03, etc.)

1. ¿Asiste a este programa por sugerencia de su médico o proveedor de atención médica?

Sí No

2. ¿Cuántos años tiene hoy? ___ años

3. ¿Vive solo/a? Sí No

4. Usted es: Hombre Mujer Prefiero no decirlo

5. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Sí No

6. ¿Cuál es su raza? **Marque todo lo que corresponda.**

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

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

7. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de la escuela que ha completado?

<input type="checkbox"/>	Algo de primaria, intermedia o secundaria
<input type="checkbox"/>	Graduado de secundaria o GED

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

8. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas (es decir, una que ha durado tres meses o más)? Seleccione Sí o No.

	SÍ	NO		SÍ	NO
Alzheimer u otra demencia			Hipertensión (Presión arterial alta)		
Ansiedad			Enfermedad del riñón		
Artritis u otra enfermedad ósea/articular			Obesidad		
Asma/Enfisema/Otro problema respiratorio o pulmonar crónico			Osteoporosis (Baja densidad ósea)		
Cáncer o superviviente de cáncer			Enfermedad de Parkinson		
Dolor crónico			Esquizofrenia u otro desorden sicótico		
Depresión			Embolia o ictus		
Diabetes (Niveles altos de azúcar en la sangre)			Daño cerebral traumático		
Enfermedad cardíaca			Incontinencia urinaria		
Colesterol alto			Otras condiciones crónicas		

Encuesta de Información del Participante (continuación)

9. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

10. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a o aislado/a de quienes le rodean?

- Nunca Casi nunca A veces A menudo Siempre

Las siguientes preguntas se refieren a las caídas. Por una caída, nos referimos a cuando una persona cae involuntariamente en el piso u otro nivel inferior.

11. En los últimos tres meses, ¿cuántas veces se ha caído? Ninguna ____ veces

Si se cayó en los últimos tres meses:

a. ¿Cuántas de estas caídas causaron una herida o lesión? (*Una herida se refiere a una caída que causó que usted limite sus actividades regulares durante al menos un día o viera a un médico*).

_____ número de caídas que causaron una herida o lesión.

b. ¿Le habló a alguien, a un familiar, a un amigo o a un profesional de la salud, sobre esta caída, independientemente de que le haya provocado o no una lesión?

- Sí No

c. ¿Qué ocurrió después de la caída? (*Por favor, marque todo lo que corresponda*)

- Fui a la sala de emergencias Ingresé en el hospital
 Visité a mi médico de atención primaria No busqué atención médica

12. ¿Qué tanto teme caerse?

- Nada Un poco Algo Mucho

13. Durante **las últimas cuatro semanas**, ¿hasta qué punto su preocupación por caer ha interferido con sus actividades sociales usuales con familiares, amigos, vecinos o grupos?

- Nada en absoluto Ligeramente Moderadamente Bastante
 Extremadamente

14. Por favor marque con una **X** lo seguro/a que usted está de poder realizar las siguientes actividades.

	Nada 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 aumentar mi flexibilidad					
d. Puedo aumentar mi fuerza física					
e. Puedo mantenerme firme sobre los pies					

15. ¿Qué describe mejor su nivel de actividad?

- Activo con intensidad por al menos 30 minutos, tres veces por semana
- Moderadamente activo por al menos tres veces por semana
- Rara vez activo, prefiriendo actividades sedentarias

Page 3 of 3

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido (OMB 0985-0039). Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de un promedio de 6 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. La obligación de responder a esta recopilación es necesaria para retener o mantener los beneficios bajo la autoridad estatutaria de la Ley de Estadounidenses Mayores y de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible.