|  |
| --- |
| INSTRUCCIONES: Muchas gracias por ayudarnos a identificar o evaluar las necesidades de cuidados de salud que tienen los trabajadores de campo. Apreciamos mucho su participación y queremos que sepa que sus respuestas serán confidenciales. Por favor lea las preguntas y marque su respuesta con un 🗹.  |
| INFORMACION DEMOGRAFICA:  |
| ¿Cuántos años tiene? | [ ] | 13-19 | [ ] | 20-29 | [ ] | 30-39 | [ ] | 40-55 | [ ] | 56+ |
| Es usted: | [ ] | Mujer  | [ ] | Hombre  |  |  |  |  |  |  |
| Es usted :  | [ ] | Soltero  | [ ] | Casado | [ ] | Otro  |  |  |  |  |
| En esta comunidad, usted vive: | [ ] | Sólo | [ ] | Con la familia | [ ] | Con amigos | [ ] | Otro |  |  |
| ¿Cuántos niños viven con usted?  | [ ] | Ninguno | [ ] | 1 | [ ] | 2 | [ ] | 3 | [ ] | 4+ |
| ¿Cuál es su idioma principal? (el que más usa) | [ ] | Inglés | [ ] | Español | [ ] | Mixteco | [ ] | Zapoteco | [ ] | Otro |
| INFORMACION SOBRE LA SALUD: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Piensa usted que su salud es: | [ ] | Excelente | [ ] | Muy buena | [ ] | Buena | [ ] | Regular  | [ ] | Mala |
| Usted considera que su nivel de estrés es:  | [ ] | Bajo | [ ] | Medio  | [ ] | Ato | [ ] | Muy alto  |  |  |
| ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen físico completo?  | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen dental | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un examen de los ojos? | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Hace cuanto se hizo el chequeó del azúcar en la sangre?  | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Hace cuánto se chequeó la presión?  | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra el tétano?  | [ ] | < 1 año r | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| ¿Hace cuánto se hizo la prueba de la tuberculosis?  | [ ] | < 1 año | [ ] | 2 años | [ ] | 5 años | [ ] | 10 años | [ ] | Nunca |
| PARA MUJERES SOLAMENTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se ha hecho alguna vez la prueba Pap? | [ ] | Si | [ ] | No |  | ¿Por qué no? |  |  |
| Si es mayor de 40 años, ¿Alguna vez se ha hecho el mamograma?  | [ ] | Si | [ ] | No |  | ¿Por qué no?: |  |  |
| Si está embarazada, ¿Está recibiendo cuidado prenatal?  | [ ] | Si | [ ] | No |  | ¿Por qué no?: |  |  |
| PARA HOMBRES (MAYORES DE 40 AÑOS ) |  |  |  |
| ¿Alguna vez le han hecho el examen de cáncer de la próstata? | [ ] | Si | [ ] | No |  | ¿Por qué no?: |  |  |
| PARA NIÑOS: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Ha(n) recibido su(s) niños e todas las vacunas que se recomiendan?  | [ ] | Si | [ ] | No |  | ¿Por qué no?: |  |  |
| En este momento, ¿necesita alguno de sus niños que lo vea un doctor o dentista?  | [ ] | Si | [ ] | No |  |  |  |  |
| USO DE LOS CUIDADOS DE SALUD  |
| Alguna vez le han dicho que usted tiene: (marque todos los que le aplican) | [ ] | diabetes | [ ] | Alta Presión | [ ] |  Colesterol |  [ ] | Enfermedad del corazón |
| ¿Tiene un problema crónico de salud?  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Donde recibe atención médica?  | [ ] | Nombre del Centro de Salud | [ ] | Hospital | [ ] | Mexico [ ] Otro |
| ¿Tiene transportación cuando necesita ir a ver a un doctor o dentista? | [ ]  | Si | [ ] | No  |  |  |
| ¿En general que le impide buscar o obtener atención de salud? |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene alguna otra preocupación con su salud o con los cuidados de salud que quisiera compartir con nosotros? |

!Muchas gracias por su ayuda!