|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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!