

- 1** ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos de tabaco regularmente (20 o más paquetes de cigarrillos en el transcurso de su vida)?
- ☐ No ☐ Sí, actualmente ☐ Sí, pero ahora no

Si es sí, actualmente ¿cuántos cigarillos por día? _____

Si ahora no ¿en que año lo dejo? _____

- 2 Durante el año pasado ¿qué promedio de horas durmió por la noche? _____ horas y _____ minutos
- 3 Durante el año pasado ¿qué promedio de horas durmió durante el día? (*incluyendo siestas*)
_____ horas y _____ minutos
- 4 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces tuvo problemas para dormir o quedándose dormido?
- ☐ Nunca en el mes pasado ☐ 1 - 2 veces por semana
☐ Menos de una vez por semana ☐ 3 o más veces por semana
- 5 Si tuvo problemas durmiendo durante el mes pasado fue porque: (*marca todo lo que aplica*)
- ☐ No pudo dormir en 30 minutos
☐ Se despertó en medio de la noche o en la madrugada
☐ Tuvo que ir al baño
☐ No pudo respirar cómodamente
☐ Tocía o roncaba muy fuerte
☐ Tenía mucho frío o calor
☐ Sentía dolor
☐ Otras razones (explica: _____)

- 6 Durante el mes pasado ¿con que frecuencia roncaba?**
(*escoja solo uno*)
- ☐ Casi nunca ☐ De vez en cuando ☐ Casi cada noche

- 7** Durante el mes pasado ¿como durmió Ud.? (escoja solo uno)
- ☐ Muy mal ☐ Bastante mal ☐ Bastante bien ☐ Muy bien

SIGA A LA PREGUNTA NUMERO 8

- 18** ¿Cual es su dirección electrónica? *(imprima legiblemente)*

[illegible]

- 8 ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas?**
☐ No ☐ Sí

Si es sí, cuántos días por semana (promedio) toma alcohol?

- ☐
- Menos de uno
- ☐
- 1 - 3 días
- ☐
- 4 - 6 días
- ☐
- Diariamente

Si contestó sí, ¿cuántas latas/botellas/vasos consume los días que bebe alcohol? latas/botellas/vasos

- 9** ¿Cómo tiene la vista? *(incluso usando lentes o contactos si los usa)*
- ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Mas o menos ☐ Pobre
- 10** ¿Cómo está su capacidad de oír? *(incluso usando aparato auditivo, si es así)*
- ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Mas o menos ☐ Pobre

- 11 ¿Cuál es su sexo? ☐ Masculino ☐ Femenino

- 12 ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____ / _____ / 19_____
Mes Día Año

- 13** ¿Cuánto pesa actualmente? _____ libras

- 14** ¿Cuál es su estado civil actual? (*escoja solo uno*)
- ☐ Casado o viviendo como casado ☐ Separado/a o divorciado/a
- ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a

- 15 ¿Con quien vive?** *(marque todo lo que corresponda)*
- ☐ Vivo solo ☐ Esposa o pareja ☐ Mascota(s)
- ☐ Otra familia ☐ Otras personas

- 16** **NUMERO DE TELEFONO DE CASA**

() -

- 17** NUMERO DE TELEFONO CELULAR

() -

SIGA A LA PREGUNTA NUMERO 18

- 19** Si su nombre o dirección ha cambiado, por favor **corrigelo abajo**:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

- 20 ¿Con qué frecuencia participa en grupos sociales, como reuniones o servicios religiosos, grupos de apoyo, ayuda benéfica, servicios públicos o agrupaciones comunitarias?
☐ Nunca o casi nunca ☐ Menos de una vez al mes ☐ 1-3 veces al mes ☐ Una vez por semana ☐ Mas de una vez por semana
- 21 ¿Cuántos familiares y amigos cercanos tiene?
☐ Ninguno ☐ 1 - 2 ☐ 3 - 5 ☐ 6 - 9 ☐ 10 o más
- 22 ¿Hay alguna persona en especial con la que se siente muy cerca, alguien con quien cree que puede compartir confianzas y sentimientos?
☐ No ☐ Sí **Si es sí, ¿Con qué frecuencia se ven o habla con esta persona?**
☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Varias veces al año ☐ Una vez al año o menos
- 23 ¿Con qué frecuencia puede contar con alguien que le proporcione apoyo emocional (hablando sobre problemas o ayudándole a tomar decisiones difíciles)?
☐ Nunca ☐ Pocas veces ☐ Algunas veces ☐ La mayoría de las veces ☐ Siempre
- 24 ¿Con cuántas personas puede contar para proporcionarle apoyo emocional? ☐ Ninguna ☐ Una ☐ Dos ☐ Tres o más
- 25 ¿Ha sentido lo siguiente la mayoría del tiempo en **la semana pasada**:

	No	Sí
Se sintió deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sintió triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le parecía que no podía ponerse en marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGA A LA PROXIMA COLUMNA		

	No	Sí
Se sentía feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentía solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfrutó de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No pudo dormir bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 26 ¿Alguna vez le quitaron la vesícula biliar? ☐ No ☐ Sí
- 27 ¿Alguna vez le hicieron una cirugía de cataratas? ☐ No ☐ Sí
- 28 ¿Le ha dicho su doctor alguna vez que tenía algunas de las siguientes condiciones médicas?

	No	Sí
Presión de sangre alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo cardíaco congestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (dolor en el pecho a causa de esfuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (no incluyendo pre-diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de piel (no melanoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra demencia, senilidad o cualquier otro trastorno grave de la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipo(s) intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGA A LA PROXIMA COLUMNA		

	No	Sí
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis (huesos frágiles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera (estomacal o duodenal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros tipos de artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica (como bronquitis o enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado graso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrosis del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis crónica (B o C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(solo hombres) Agrandamiento de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29

¿Alguna vez ha tomado una de las siguientes pruebas?

No

Sí

Antes de

2015

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

Gastroscofia del estómago

☐

☐

→

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Colonoscopia o sigmoidoscopia del colon

☐

☐

→

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

(solo hombres) PSA prueba de sangre por próstata

☐

☐

→

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

(solo mujeres) Mamograma

☐

☐

→

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

(solo mujeres) Papanicolaou

☐

☐

→

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

30

¿En los últimos dos años, ha tenido problemas PERSISTENTES o PREOCUPANTES como:

Dificultad respiratoria estando despierto?

☐ No

☐ Sí

Mareos o sensación de desmayo persistente?

☐ No

☐ Sí

Fatiga o agotamiento grave?

☐ No

☐ Sí

Caídas?

☐ No

☐ Sí

Si es sí, ¿cuántas veces necesitó tratamiento médico?

☐ Nunca

☐ 1 - 3

☐ 4 - 6

☐ 7 o más

31

¿Regularmente necesita ayuda para caminar?

☐ No

☐ Sí

Si es sí, (marque todo lo que corresponda)

☐ Baston

☐ Andador

☐ Silla de ruedas/silla de ruedas motorizada

32

¿Ha tenido dificultad con alguna de estas actividades por problema de salud o memoria?

(no incluye dificultades que ha tenido en menos de tres meses)

MARQUE SOLA UNA

Ninguno

Alguna dificultad

No puedo

No lo hago

Caminar una cuadra

☐

☐

☐

☐

Estar sentado duranate unas dos horas

☐

☐

☐

☐

Levantarse de una silla después de estar sentado a largo tiempo

☐

☐

☐

☐

Subir una planta de escaleras sin descansar

☐

☐

☐

☐

Levantar o cargar pesos de más de 10 libras, como una bolsa de comestibles pesada

☐

☐

☐

☐

Acostarse o levantarse de la cama

☐

☐

☐

☐

Vestirse, incluso ponerse zapatos y calcetines

☐

☐

☐

☐

Preparar una comida caliente

☐

☐

☐

☐

Tomar medicamentos

☐

☐

☐

☐

Usar un mapa para ver como ir de un lado a otro en un lugar desconocido

☐

☐

☐

☐

Recoger una moneda de la mesa

☐

☐

☐

☐

SIGA A LA PROXIMA COLUMNA

MARQUE SOLA UNA

Ninguno

Alguna dificultad

No puedo

No lo hago

Cruzar una habitación caminando

☐

☐

☐

☐

Usar el inodoro, e incluso levantarse y sentarse

☐

☐

☐

☐

Estirar o extender los brazos por encima de los hombros

☐

☐

☐

☐

Inclinarse, arrodillarse o agacharse

☐

☐

☐

☐

Tirar o empujar objetos grandes, como una silla de sala

☐

☐

☐

☐

Bañarse o ducharse

☐

☐

☐

☐

Ir de compras para comestibles

☐

☐

☐

☐

Comer, incluso cortando su propia comida y dandosela

☐

☐

☐

☐

Hacer llamadas telefónicas

☐

☐

☐

☐

Administrar el dinero, como pagar las facturas y controlar los gastos

☐

☐

☐

☐

Manejar un automóvil

☐

☐

☐

☐

Viajar por tren, autobus o taxi

☐

☐

☐

☐

- 33 (solo mujeres) ¿Actualmente toma estrógeno (hormonas femeninas) en pildora, inyección, o parche? ☐ No ☐ Sí
- 34 (solo mujeres) ¿Actualmente toma progesterona (como Provera)? ☐ No ☐ Sí
- 35 ¿Actualmente toma alguna píldora o inyección para osteoporosis o huesos quebradizos (como Fosamax, Actonel, Boniva, Prolia, Reclast, Forteo u OTRA)? ☐ No ☐ Sí
- 36 ¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos al menos **dos veces por semana durante un mes o más**?

ASPIRINA DE DOSIS BAJA (Aspirina para bebe)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
ASPIRINA (Anacin, Bufferin, Bayer, Excedrin, Ecotrin u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
ACETAMINOFENO (Anacin sin Aspirina, Tylenol u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRO MEDICAMENTO CALMANTE (Motrin, Ibuprofen, Advil, Aleve, Naproxen, Indocin u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
CELEBREX (Celecoxib), VIOXX (Rofecoxib), O BEXTRA (Valdecoxib)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PILDORAS DE AGUA PARA PRESION ALTA DE LA SANGRE U OTRAS RAZONES (Hydrochlorothiazide, Lasix, Maxzide, Spironolactone u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRO MEDICAMENTO PARA LA PRESION ALTA DE LA SANGRE (Cozaar, Losartan, Lisinopril, Norvasc, Amlodipine, Nifedipine, Metoprolol, Coreg, Atenolol u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
MEDICAMENTO PARA COLESTEROL ALTO (Statins como Lipitor, Pravachol, Crestor, Zocor, Lovastatin, Zetia, Lopid u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
MEDICAMENTO PARA ULCERA PEPTICA (Zantac, Pepcid, Protonix, Prilosec, Nexium u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
SIGA A LA PROXIMA COLUMNA	

MEDICAMENTO PARA EL ASMA EN PILDORAS O INHALADORES (Albuterol, Azmacort, Proventil, Theophylline u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PÍLDORAS O INYECCIONES PARA LA ALERGIA (Claritin, Allegra, Zyrtec, Benadryl u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
EVISTA (Raloxifene)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
INYECCIONES DE INSULINA PARA LA DIABETES (Lantus, Novolog, Levemir, Basaglar, Toujeo, Tresiba, Humalog Kwikpen u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PILDORAS DE METFORMIN PARA DIABETES U OTRA RAZONES (Glucophage, Avandamet, Glucovance, Janumet u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRAS PILDORAS O INYECCIONES NO INSULINAS PARA EL DIABETES (Glyburide, Glipizide, Januvia, Victoza, Trulicity, Byetta, Bydureon u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PILDORAS DE DORMIR PRESCRITAS (Ambien, Trazodone, Lunesta u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PILDORAS DE DORMIR SIN RECETA (Nytol, Unisom, Melatonin u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
ANTI-DEPRIMENTES (Prozac, Celexa, Lexapro, Zoloft, Cymbalta u OTRO)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

- 37 ¿Alguna vez usó marijuana para razones médicas? ☐ No ☐ Sí, actualmente ☐ Sí, pero no ahora
- 38 ¿Alguna vez ha experimentado discriminación, mal trato, ha sentido impedido en lograr algo, o molestia o que le haga sentir inferior en cualquiera de los siguientes situaciones a causa de:

Su raza o ethnicidad?				
	No	Raramente	De vez en cuando	A menudo
Buscando trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la calle o un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGA A LA PROXIMA COLUMNA				

Su estatus social o económico (debido a la cantidad de dinero o educación que tiene)?				
	No	Raramente	De vez en cuando	A menudo
Buscando trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buscando casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el tratamiento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la calle o un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 39 ¿Obtuvo asistencia de otra persona para completar este cuestionario, como su esposo/a o su hijo/a? ☐ No ☐ Sí