

Encuesta Sobre el Cuidado de Salud para Adolescentes

Instrucciones

1. En esta encuesta, se usa el término doctor u otro proveedor de cuidado médico. Un doctor u otro proveedor de cuidado médico puede ser un doctor generalista, un doctor especialista, una enfermera practicante, un ayudante de médico, una enfermera, o cualquier otra persona que usted vea para su cuidado médico.
2. Conteste todas las preguntas poniendo una marca en el recuadro así:

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sí | No |
3. A veces se le dirá que tiene que saltarse algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto ocurre, usted verá una flecha y luego una nota que le dice cuáles son las preguntas que tiene que responder después, del siguiente modo:

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sí | No → (Pase a la página 4 y continúe con la pregunta 10) |

Así que, si usted eligiera responder "no" a esta pregunta, entonces usted pasará a la página 4 de esta encuesta y continuará la encuesta con la pregunta 10.

Muchas gracias por su ayuda con esta encuesta!

© FACCT—Foundation for Accountability Febrero 1999

Sección I - El uso del cuidado de salud

Por favor, conteste a todas las preguntas en esta encuesta poniendo una marca en el recuadro encima de su respuesta.

1. ¿Ha ido usted a ver un doctor u otro proveedor de cuidado médico en los últimos 12 meses?

1
Sí

2
No

2. ¿Cuándo fue la última vez que usted fue a un doctor u otro proveedor de cuidado médico para cuidado regular o de rutina?

1 No fuí a un doctor o clínica para un chequeo regular
2 Hace 0 a 6 meses
3 Hace 7 a 12 meses
4 Hace 13 a 24 meses
5 Hace más de 2 años

3. La última vez que usted tuvo una visita con un doctor u otro proveedor de cuidado médico, ¿rellenó usted una lista de chequeo o encuesta acerca de su salud?

1
Sí

2
No

4. ¿A dónde va usted normalmente para su cuidado médico?

1 Oficina de doctor o clínica
2 Enfermera de la escuela
3 Clínica comunitaria/ centro de salud
4 Clínica hospitalaria
5 Sala de emergencia de hospital

6 Centro de planificación familiar (es decir, paternidad planificada)
7 Clínica de cuidado urgente
8 No hay un solo lugar regular

5. En los últimos 12 meses, ¿hay algún otro lugar a donde usted ha ido para su cuidado médico?
Ponga una marca en todos los que aplican

1 Ningún otro lugar

2 Oficina de doctor o clínica
3 Enfermera de la escuela
4 Clínica comunitaria/ centro de salud
5 Clínica hospitalaria
6 Sala de emergencia de hospital

7 Centro de planificación familiar (es decir, paternidad planificada)
8 Clínica de cuidado urgente

SECCIÓN II PRIVACIDAD

6. En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted la oportunidad de hablar con un doctor u otro proveedor de cuidado médico de forma privada? (Esto quiere decir una persona con otra persona, sin sus padres u otras personas en el cuarto.)

1
Sí

2
No

7. En los últimos 12 meses, ¿le dijo a usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico que lo que usted hablaba con ellos era confidencial? (Esto quiere decir que no se compartiría con ninguna otra persona más.)

1
Sí

2
No

8. ¿Conoce usted algún lugar (aparte de la enfermera de la escuela) donde los adolescentes pueden ir a ver a un doctor u otro proveedor de cuidado de salud sin que los padres lo supieran?

1
Sí

2
No

| |
|--|
| |
|--|

SECCIÓN III SALUD Y SEGURIDAD

9. En los **últimos 12 meses**, ¿habló con usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de alguno de los siguientes?

| Por favor, responda a cada una de las preguntas abajo colocando un X en el recuadro Sí y No. | | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. | Peso | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. | Alimentación saludable o dieta | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. | Actividad física o ejercicio | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

10. En los **últimos 12 meses**, ¿habló con usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de alguno de los siguientes?

| Por favor, responda a cada una de las preguntas abajo colocando un X en el recuadro Sí y No. | | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. | Sus amigos | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. | Su trabajo o notas en la escuela | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. | Sus emociones o humores | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. | Suicidio | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

11. En los **últimos 12 meses**, ¿habló con usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de alguno de los siguientes?

| Por favor, responda a cada una de las preguntas abajo colocando un X en el recuadro Sí y No. | | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. | Usar un casco cuando monta en bicicleta, patines de ruedas o patineta ("skateboarding") | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. | Viajando en un automóvil con un conductor que ha estado tomando o usando drogas | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. | Prevención de la violencia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. | Pistolas y otros armas | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

12. En los **últimos 12 meses**, ¿habló con usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de alguno de los siguientes?

| Por favor, responda a cada una de las preguntas abajo colocando un X en el recuadro Sí y No. | | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. | Masticar el tabaco o el rapé | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. | El uso de drogas callejeras (incluyendo la marihuana, yerba, o cocaína) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. | El uso de píldoras o inyecciones esteroides sin una receta de doctor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

13. En los **últimos 12 meses**, ¿habló con usted un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de alguno de los siguientes?

| Por favor, responda a cada una de las preguntas abajo colocando un X en el recuadro Sí y No. | | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. | Orientación sexual (es decir, ser homosexual o heterosexual) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. | Enfermedades transmitidas sexualmente, o ETS (como la gonorrea o clamidia) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. | El abuso sexual o físico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Las siguientes preguntas son acerca de cómo usted se siente.

14. Durante los **pasados 12 meses**, ¿se ha sentido usted en cualquier momento triste o bajo(a), como si no tuviera nada que esperar en su futuro?

1 Sí 2 No

15. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de sí se sentía triste o bajo(a) o como si no tuviera nada que esperar en su futuro?

1 Sí 2 No

Las siguientes preguntas son acerca del tabaco y el fumar.

16. Durante los **pasados 30 días**, ¿en cuantos días fumó usted cigarrillos?

1 0 días (no fumé ningún cigarrillo) 2 1 o 2 días 3 3 a 5 días 4 6 a 9 días 5 10 a 19 días 6 20 a 29 días 7 Todos los 30 días

17. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de cigarrillos o el fumar?

1 Sí ↓ 2 No → Pase a la pregunta 19

18. ¿De cuanta ayuda fue esta conversación en cuanto a su comprensión de los riesgos de los cigarrillos o el fumar para su salud?

1 No ayudó nada 2 Ayudó un poco 3 Ayudó 4 Ayudó mucho 5 No seguro(a)

19. En los **últimos 12 meses**, ¿ha fumado usted cigarrillos alguna vez?

1 Sí ↓ 2 No → Pase a la pregunta 22

20. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de porqué y como dejar de fumar (como fijar una fecha para dejarlo)?

1 Sí ↓ 2 No → Pase a la pregunta 22 3 No, porque no le dije a mi doctor u otro proveedor de cuidado médico que he fumado cigarrillos → Pase a la pregunta 22

21. ¿De cuanta ayuda fueron sus conversaciones acerca de dejar de fumar?

1 No ayudó nada 2 Ayudó un poco 3 Ayudó 4 Ayudó mucho 5 No seguro(a)

Las siguientes preguntas son acerca de tomar el alcohol.

Los ejemplos de tomar el alcohol incluyen tomando cerveza, vino, garapiñeras ("wine coolers"), y licores como el tequila, ron, Ginebra, vodka o whisky. Para estas preguntas, el tomar el alcohol no incluye el tomar algunos sorbos de vino para objetos religiosos.

22. Durante los **pasados 30 días**, ¿en cuantos días tomó usted por lo menos un trago de alcohol?

1 0 días (no tomé el alcohol) → Pase a la pregunta 24 2 1 a 2 días 3 3 a 5 días 4 6 a 9 días 5 10 a 19 días 6 20 a 29 días 7 Todos los 30 días

23. Durante los **pasados 30 días**, ¿en cuantos días tomó usted **cinco tragos de alcohol o más** seguidos, es decir, dentro de un par de horas?
- 1 2 3 4 5 6 7
- 0 días (no tomó cinco tragos o más de alcohol seguidos) 1 a 2 días 3 a 5 días 6 a 9 días 10 a 19 días 20 a 29 días Todos los 30 días

24. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca del uso del alcohol?

1 2

Sí ↓ No → Pase a la pregunta 26

25. ¿De cuanta **ayuda** fue esta conversación para su comprensión acerca del uso del alcohol y sus riesgos para su salud?

1 2 3 4 5

No ayudó nada Ayudó un poco Ayudó mucho Ayudó mucho No seguro(a)

Las siguientes preguntas son acerca del comportamiento sexual y temas relacionados.

26. ¿Ha tenido usted **alguna vez** relaciones sexuales?

1 2

Sí ↓ No → Pase a la pregunta 28

27. La **última vez** que usted tuvo relaciones sexuales, ¿usó usted o su pareja un condón?

1 2

Sí No

28. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de los condones?

1 2

Sí No → Pase a la pregunta 30

29. ¿De cuanta **ayuda** fue esta conversación para su comprensión de cómo usar los condones e impedir el HIV (el SIDA) y otras enfermedades transmitidas sexualmente?

1 2 3 4 5

No ayudó nada Ayudó un poco Ayudó mucho Ayudó mucho No seguro(a)

30. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de los métodos anticonceptivos?

1 2

Sí ↓ No → Pase a la pregunta 32

31. ¿De cuanta **ayuda** fue esta conversación para su comprensión de porqué y cómo usar los métodos anticonceptivos?

1 2 3 4 5

No ayudó nada Ayudó un poco Ayudó mucho Ayudó mucho No seguro(a)

Las siguientes preguntas son acerca de la seguridad.

32. ¿Con qué frecuencia utiliza usted un cinturón de seguridad cuando monta en o maneja un automóvil?

- 1 Pocas veces 2 De vez en cuando 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

33. En los **últimos 12 meses**, ¿habló usted con un doctor u otro proveedor de cuidado médico acerca de la importancia de usar un cinturón de seguridad?

- 1 Sí 2 No

SECCIÓN IV – INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Se puede dar información sobre la salud a usted de muchas maneras diferentes. Este tipo de información se puede dar en folletos escritos, por medio de computadoras en la oficina de su doctor u otro proveedor de cuidado médico, o por medio de carteles en la sala de espera. También se le puede dar información acerca de salud por medio de información grabada por el teléfono o en una página de Internet.

34. En los **últimos 12 meses**, ¿vio o escuchó información que le proporcionó consejos de seguridad? (Como el uso de cascos de bicicleta, el uso de cinturones de seguridad, y la prevención de la violencia)

- 1 Sí 2 No

35. En los **últimos 12 meses**, ¿vio o escuchó información acerca de los riesgos de fumar, tomar u otro abuso de sustancia?

- 1 Sí 2 No

36. En los **últimos 12 meses**, ¿vio o escuchó información acerca de los beneficios de una dieta saludable, actividad física o ejercicio?

- 1 Sí 2 No

37. En los **últimos 12 meses**, ¿vio o escuchó información que le proporcionó consejos acerca de cómo impedir enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)?

- 1 Sí 2 No

SECCIÓN V – SU CUIDADO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

La siguiente sección le pide que evalúe su doctor u otro proveedor de cuidado médico y su experiencia en un ambiente de cuidado de salud.

38. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia el personal de oficina en una oficina de doctor o clínica fue de tanta ayuda que usted pensó que debería ser?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

39. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidado médico le escucharon a usted atentamente?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

40. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia tuvo usted dificultades hablando con o comprendiendo un doctor u otro proveedor de cuidado de salud porque hablaban idiomas diferentes?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

41. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidado médico explicaron las cosas de una manera que usted podría comprender?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

42. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidado médico mostraron respeto para lo que usted decía?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

43. En los **últimos 12 meses**, ¿con que frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidado médico pasaron suficiente tiempo con usted?

1 Nunca 2 A veces 3 Normalmente 4 Siempre

44. En los **últimos 12 meses**, ¿hasta qué punto fue un problema, si es que fue un problema, conseguir el cuidado que usted o un doctor u otro proveedor de cuidado médico creía necesario?

Un problema grande Algo de problema Un problema pequeño No fue problema

45. En los **últimos 12 meses**, ¿ha tenido usted en algún momento un problema de salud que no se le trató?

1 Sí 2 No

46. Nosotros queremos conocer su evaluación de todo el cuidado médico en los últimos 12 meses por parte de todos los doctores u otros proveedores de cuidado médico. Use cualquier número de 0 a 10, donde el 0 es el peor cuidado médico posible y 10 es el mejor cuidado médico posible. ¿Cómo evalúa usted todo su cuidado médico?

Escriba un círculo alrededor de uno de estos números.

- | | |
|----|---------------------------------|
| 0 | El peor cuidado médico posible |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | El mejor cuidado médico posible |

SECCIÓN VI- SU SALUD

Las siguientes preguntas son acerca de su salud

47. ¿Cómo es su salud en general?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

48. Para las declaraciones **a-c**, chequee el recuadro debajo de la declaración para indicar si usted está completamente de acuerdo, de acuerdo en su mayoría, un poco de acuerdo o no está de acuerdo con la declaración.

a. Estoy lleno(a) de energía

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo en su mayoría | Un poco de acuerdo | No estar de acuerdo |

b. Yo tengo muchas cualidades buenas

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo en su mayoría | Un poco de acuerdo | No estar de acuerdo |

c. Estoy satisfecho(a) con mi vida y cómo la vivo

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Completamente de acuerdo | De acuerdo en su mayoría | Un poco de acuerdo | No estar de acuerdo |

49. En las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia tuvo usted dolores que realmente le molestaron?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Ningún día | 1 a 3 días | 4 a 6 días | 7 a 14 días | 15 a 28 días |

50. En las **últimas cuatro semanas**, ¿en cuantos días hizo usted ejercicio o jugó a deportes con suficiente fuerza para respirar profundamente o hacerle sudar por 20 minutos o más?

1 2 3 4 5
Ningún día 1 a 9 días 10 a 13 días 14 a 20 días 21 a 28 días

51. En las **últimas 4 semanas**, ¿en cuantos días tuvo usted un problema de salud o emocional que impidió que hiciera lo que normalmente hace en la escuela o con sus amigos y familia?

1 2 3 4 5
Ningún día 1 a 3 días 4 a 6 días 7 a 14 días 15 a 28 días

SECCIÓN VII – Demográficos

Las siguientes preguntas son acerca de usted. Sólo se preguntan para los objetos de agrupación.

52. ¿Cuántos años tiene usted?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
12 años o 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años 20 años o más

53. ¿Es usted mujer o hombre?

1 2
Mujer Hombre

54. ¿Cómo se describe a si mismo?

Seleccione todos los que aplican.

1 2 3 4 5 6 7
Blanco Negro o Asiático Indio Hispano Nativo de Otro
Africano- Americano o Nativo de Hawai u
Americano o Nativo de Alaska Latino Otro Isleño
de Alaska Pacífico

55. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

1
Sí ↓

1
No → Ya acabó!

56. ¿Cómo le ayudó esa persona?

Por favor, seleccione todos los que aplican.

Me leyó las preguntas Escribió las respuestas que yo di Contestó las preguntas por mí Me ayudó a recordar cuando fue la última vez que yo fui a un doctor u otro proveedor de cuidado médico Tradujo las preguntas a mi idioma

Me ayudó de otra manera. Por favor, escriba en letras de imprenta:

¡¡YA ACABO!! Muchas gracias por completar esta encuesta. Por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre adjunto.

Si usted desea información adicional sobre cualquiera de los temas cubiertos en esta encuesta, por favor llame al **1-800-562-3022**.

(También tenemos un número TDD: 1-800-848-5429)