

1998

**Medicare Managed Care
Questionnaire**

Spanish Version

August 19, 1998

De acuerdo a la Ley de Reducción de papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda una recolección de información a menos que esta exhiba un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para la recolección de esta información es 0938-0732. El tiempo requerido para completar la recolección de esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existente, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted desea hacer alguna pregunta acerca de la precisión (del/de los) tiempo(s) estimado(s) o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a; HCFA, P.O. Box 26684, Baltimore, Maryland, 21207 y a la Office of the Information and Regulatory Affairs, Office of Management and Budget, Washington, D. C. 20503.

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA DE MEDICARE

Esta encuesta tiene preguntas acerca de usted y su cuidado de salud. Responda cada pregunta pensando acerca de usted mismo(a). Por favor, tómese el tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros.

Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre prepagado que se adjunta.

- ◆ Use las "X" sombreadas dentro de los casilleros como guía para colocar sus marcas. Conteste todas las preguntas poniendo una "X" en el encasillado a la izquierda de su respuesta, tal como esta:

Sí

- ◆ Asegúrese de leer todas las opciones dadas antes de marcar su respuesta.
- ◆ A veces se le dice que no conteste algunas preguntas en esta encuesta. Cuando suceda ésto usted verá una flecha con una nota que le dirá qué pregunta contestar después, tal como esta: [→ **Pase a la Pregunta 3**]. Vea los ejemplos a continuación:

EJEMPLO

1. ¿Usa usted ahora un aparato para oír?

Sí

No → **Pase a la Pregunta 3**

2. ¿Cuánto tiempo ha estado usando un aparato para oír?

Menos de un año

1 a 3 años

Más de 3 años

No uso un aparato para oír

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo dolores de cabeza?

Sí

No

1. Nuestros archivos muestran que usted está ahora en el plan de salud de Medicare. ¿Es correcto esto?

¹ Sí → Pase a la Pregunta 3
Este plan se llamará plan de salud de Medicare por el resto de la encuesta.

² No

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de seguro de salud?
(Letra de imprenta por favor.)

3. ¿Es el plan de salud de Medicare el seguro de salud que usted usa para todo o la mayor parte de su cuidado de salud?

¹ Sí

² No

4. ¿Cuántos meses o años seguidos ha estado en el plan de salud de Medicare?

¹ Menos de 6 meses

² 6 hasta 12 meses

³ 12 hasta 24 meses

⁴ 2 hasta 5 años

⁵ 5 hasta 10 años

⁶ 10 o más años

SU MEDICO O ENFERMERA PERSONAL

Las siguientes preguntas son sobre su propio cuidado de salud. No incluya el cuidado que recibió cuando se quedó durante la noche en un hospital. No incluya las veces que hizo visitas para cuidado dental.

5. Un médico o enfermera personal es el proveedor de cuidado de salud que mejor le conoce a usted. Este puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante o un asistente médico.

Cuando se inscribió en el plan de salud de Medicare o en cualquier momento desde entonces, ¿tuvo usted un nuevo médico o enfermera personal?

¹ Sí

² No → Pase a la Pregunta 7
en la Página 2

6. Con las opciones que el plan de salud de Medicare le dió a usted, ¿tuvo algún problema para conseguir el médico o enfermera personal que a usted le gusta?

¹ Sí

² No → Pase a la Pregunta 7
en la Página 2

No conseguí un nuevo médico o enfermera personal.

6a. ¿Cuánto problema tuvo?

¹ Un gran problema

² Un pequeño problema

No conseguí un nuevo médico o enfermera personal.

7. ¿Tiene usted una persona que considere como su médico o enfermera personal?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 14 en la Página 3

8. ¿Es esta persona un médico general, un médico especialista, un asistente médico, o una enfermera?

- ¹ Médico general (Práctica Familiar o Medicina Interna)
² Médico especialista
³ Asistente médico
⁴ Enfermera
 No tengo un médico o enfermera personal.

9. ¿Cuántos meses o años ha estado yendo donde su médico o enfermera personal?

- ¹ Menos de 6 meses
² 6 hasta 12 meses
³ 12 hasta 24 meses
⁴ 2 hasta 5 años
⁵ 5 años o más
 No tengo un médico o enfermera personal.

10. ¿Conoce su médico o enfermera personal los hechos y decisiones importantes acerca de su cuidado de salud?

- ¹ Sí
² No
 No tengo un médico personal o enfermera.

11. ¿Tiene usted una condición física o médica que interfiera seriamente con su capacidad para trabajar o hacer sus actividades diarias ?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 13

12. ¿Su médico o enfermera personal comprende cómo algunos de los problemas de salud que usted tiene afectan su vida día a día?

- ¹ Sí
² No
 No tengo ningún problema de salud o no tengo un médico personal o enfermera.

13. ¿Cómo calificaría usted ahora a su médico o enfermera personal?

Use un número del 0 al 10 donde 0 es el peor médico o enfermera personal posible y 10 es el mejor médico o enfermera personal posible.

- 0 El peor médico o enfermera personal posible
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 El mejor médico o enfermera personal posible
 No tengo un médico o enfermera personal.

OBTENCION DE CUIDADO MEDICO DE UN ESPECIALISTA

Cuando conteste las siguientes preguntas, **no** incluya las visitas al dentista.

14. Los **especialistas** son médicos tales como los cirujanos, médicos del corazón, médicos para las alergias, médicos para la piel y otros médicos que se especializan en un área del cuidado de la salud.

En los últimos 6 meses, ¿ha pensado usted o un médico que usted necesitaba ver a un especialista?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 16

15. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para conseguir una referencia para el especialista que necesitaba ver?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 16
 No necesité ver a un especialista en los últimos 6 meses.

- 15a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
² Un pequeño problema
 No necesité ver a un especialista en los últimos 6 meses.

16. En los últimos 6 meses, ¿**cuántas veces** fue a **especialistas** para su propio cuidado de su salud?

⁰ Ninguna → Pase a la Pregunta 19 en la Página 4

- ¹ 1
² 2
³ 3
⁴ 4
⁵ 5
⁶ 5 a 9
⁷ 10 o más

17. ¿Cómo calificaría al especialista que vió más frecuentemente en los últimos 6 meses, incluyendo a un médico personal si él o ella es un especialista?

Use un número del 0 al 10 donde 0 es el peor especialista posible, y 10 es el mejor especialista posible.

- 0 El peor especialista posible
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 El mejor especialista posible
 No ví a un especialista en los últimos 6 meses.

18. En los últimos 6 meses, ¿el especialista que usted vió con más frecuencia era el mismo médico que su médico personal?

- ¹ Sí
² No
 No tengo un médico personal o no ví a un especialista en los últimos 6 meses.

LLAMADAS PARA AYUDA MEDICA DURANTE LA SEMANA

19. En los últimos 6 meses, ¿llamó a la oficina de un médico o a una clínica durante horas regulares de oficina para recibir ayuda o consejos para usted mismo(a)?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 21

20. En los últimos 6 meses, cuando llamó durante las horas regulares de oficina, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda o el consejo que necesitaba?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No llamé por ayuda o consejos durante horas normales de oficina en los últimos 6 meses.

EL CUIDADO DE SU SALUD EN LOS ULTIMOS 6 MESES

21. Un proveedor de salud podría ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, una enfermera, o cualquier otra persona que usted vería para recibir cuidado de salud.

En los últimos 6 meses, ¿hizo citas con un médico o con otro proveedor de cuidado de salud para cuidado de salud regular o de rutina?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 23

22. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitó cuidado de salud regular o de rutina, ¿qué tan frecuentemente consiguió una cita tan pronto como quiso?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No necesité una cita para cuidado normal o de rutina en los últimos 6 meses.

23. En los últimos 6 meses, ¿tuvo una enfermedad o lesión que necesitara cuidado de salud inmediato de la oficina de un médico, clínica, o sala de emergencia?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 25 en la Página 5

24. En los últimos 6 meses, cuando necesitó cuidado de salud inmediato para una enfermedad o lesión ¿con qué frecuencia recibió cuidado de salud tan pronto como usted quería?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No necesité atención inmediata para una enfermedad o herida en los últimos 6 meses.

25. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fué usted a una sala de emergencia para recibir cuidado de salud para usted mismo(a)?

- Ninguna vez
_____ Cantidad de veces
(Escriba aquí.)

26. En los últimos 6 meses, (sin contar las veces que usted fué a una sala de emergencia), ¿cuántas veces fué a la oficina de un médico o clínica para recibir cuidado de salud para usted mismo(a)?

- Ninguna vez → Pase a la Pregunta 37 en la Página 7

- ¹ 1
² 2
³ 3
⁴ 4
⁵ 5 a 9 veces
⁶ 10 veces o más

27. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para recibir la atención que usted o su médico creyeron necesaria?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 28
 No tuve visitas en los últimos 6 meses.

27a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
² Un pequeño problema
 No tuve visitas en los últimos 6 meses.

28. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema de demora en el cuidado de salud mientras esperaba autorización de su plan de salud?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 29 en la Página 6
 No tuve visitas en los últimos 6 meses.

28a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
² Un pequeño problema
 No tuve visitas en los últimos 6 meses.

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia esperó en la oficina de un médico o clínica más de 15 minutos después de la hora de su cita para ver a la persona que fue a ver?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

30. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de la oficina de un médico o clínica le trató a usted con cortesía y respeto?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de la oficina de un médico o clínica fue tan servicial como usted pensó que deberían ser?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

32. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de cuidado de salud le escucharon atentamente?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

33. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de cuidado de salud le explicaron las cosas de manera que usted las pudiera entender?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

34. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de cuidado de salud mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?

- ¹ Nunca
² A veces
³ Normalmente
⁴ Siempre
 No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

35. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de cuidado de salud pasaron suficiente tiempo con usted?

- ¹ Nunca
- ² A veces
- ³ Normalmente
- ⁴ Siempre
- No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

36. ¿Cómo calificaría usted todo el cuidado de salud que recibió en los últimos 6 meses de todos los médicos y otros proveedores de cuidado de salud?

Use un número del 0 al 10 donde 0 es el peor cuidado de salud posible y 10 es el mejor cuidado de salud posible.

- 0 El peor cuidado de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor cuidado de salud posible
- No tuve consultas médicas en los últimos 6 meses.

OTROS SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con otros tipos de servicios de cuidado de salud que usted ha tenido en los últimos 6 meses..

37. En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted un problema de salud para el cuál necesitó equipo médico especial, tal como un bastón, una silla de ruedas o equipo de oxígeno?

- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 39 en la Página 8

38. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para obtener el equipo médico especial que usted necesitó a través del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 39 en la Página 8
- No necesité obtener ningún equipo médico en los últimos 6 meses.

38a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
- ² Un pequeño problema
- No necesité obtener ningún equipo médico en los últimos 6 meses.

39. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema de salud para el que necesitó terapia especial, tal como terapia física, ocupacional o terapia del habla?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 41

40. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para conseguir la terapia especial que necesitaba a través del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 41
 No necesité terapia especial en los últimos 6 meses.

40a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
² Un pequeño problema
 No necesité terapia especial en los últimos 6 meses.

41. Cuidado o ayuda de salud en el hogar significa cuidado de enfermería en el hogar, ayuda para bañarse o vestirse, y ayuda con las tareas básicas del hogar.

En los últimos 6 meses, ¿necesitó que alguien viniera a su hogar para darle cuidado o ayuda de salud en el hogar?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 43

42. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para conseguir el cuidado o asistencia que usted necesitaba a través del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 43
 No necesité cuidado médico o asistencia en la casa en los últimos 6 meses.

42a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
² Un pequeño problema
 No necesité cuidado médico o asistencia en la casa en los últimos 6 meses.

43. En los últimos 6 meses, ¿obtuvo usted alguna nueva medicina recetada o repitió una medicina recetada?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 46 en la Página 9

44. En los últimos 6 meses ¿tuvo algún problema para obtener la medicina recetada del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
² No → Pase a la Pregunta 45 en la Página 9
 No conseguí ninguna prescripción en los últimos 6 meses.

44a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
- ² Pequeño problema
- No conseguí ninguna prescripción en los últimos 6 meses.

45. En los últimos 6 meses ¿con qué frecuencia obtuvo la medicina recetada que necesitaba a través del plan de salud de Medicare?

- ¹ Nunca
- ² Algunas veces
- ³ Normalmente
- ⁴ Siempre
- No obtuve ninguna receta en los últimos 6 meses.

SU PLAN DE SEGURO DE SALUD

46. Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el plan de salud de Medicare.

En los últimos 6 meses, ¿buscó usted alguna información en materiales escritos del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 48

47. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para encontrar o comprender la información en los materiales escritos ?

- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 48
- Yo no busqué información de mi plan de salud en los últimos 6 meses.

47a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
- ² Un pequeño problema
- Yo no busqué información de mi plan de salud en los últimos 6 meses.

48. En los últimos 6 meses ¿llamó usted al servicio al cliente del plan de salud de Medicare para obtener información o ayuda?

- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 51 en la Página 10

49. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema para recibir la ayuda que usted necesitaba cuando llamó al servicio al cliente del plan de salud de Medicare?

- ¹ Sí
 ² No → Pase a la Pregunta 50
 Yo no llamé al servicio al cliente de mi plan de salud en los últimos 6 meses.

49a. ¿Cuánto problema tuvo?

- ¹ Un gran problema
 ² Un pequeño problema
 Yo no llamé al servicio al cliente de mi plan de salud en los últimos 6 meses.

50. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hubo gente en el servicio al cliente del plan de salud de Medicare tan servicial como debían ser?

- ¹ Nunca
 ² Algunas veces
 ³ Normalmente
 ⁴ Siempre
 Yo no llamé al servicio al cliente de mi plan de salud en los últimos 6 meses.

51. En los últimos 6 meses, ¿ha llamado o escrito al plan de salud de Medicare para hacer una queja o por un problema?

- ¹ Sí
 ² No → Pase a la Pregunta 54

52. ¿Cuánto tiempo le tomó al plan de salud de Medicare resolver su queja?

- ¹ El mismo día
 ² 1 semana
 ³ 2 semanas
 ⁴ 3 semanas
 ⁵ 4 o más semanas
 ⁶ Aún estoy esperando que se resuelva
 No tuve ninguna queja o problema en los últimos 12 meses.

53. ¿Se resolvió su queja o problema en forma satisfactoria para usted?

- ¹ Sí
 ² No
 ³ Aún estoy esperando que se resuelva.
 No tuve ninguna queja o problema en los últimos 12 meses.

54. Papeleo significan cosas como conseguir su tarjeta de identificación, hacer cambios en sus archivos, procesar formularios, u otros papeleos relacionados con la obtención de cuidado de salud.

En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted alguna experiencia con el papeleo de su plan de salud?

- ¹ Sí
 ² No → Pase a la Pregunta 56 en la Página 11

55. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema con el papeleo del plan de salud de Medicare?
- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 56
- No tuve ninguna experiencia con el papeleo con mi plan de salud en los últimos en los últimos 6 meses.

- 55a. ¿Cuánto problema tuvo?
- ¹ Un gran problema
- ² Un pequeño problema
- No tuve ninguna experiencia con el papeleo con mi plan de salud en los últimos en los últimos 6 meses.

56. ¿Cómo clasificaría toda su experiencia con el plan de salud de Medicare?
- Use un número del 0 al 10 donde el 0 es el peor plan de salud posible, y 10 el mejor plan de salud posible.

- 0 El peor plan de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor plan de salud posible

ACERCA DE USTED

57. En general, ¿cómo clasificaría su salud general ahora?
- ¹ Excelente
- ² Muy buena
- ³ Buena
- ⁴ Regular
- ⁵ Mala

58. Comparado con un año atrás, ¿cómo clasificaría su salud general ahora?
- ¹ Mucho mejor ahora que un año atrás.
- ² Algo mejor ahora que un año atrás.
- ³ Más o menos lo mismo que un año atrás.
- ⁴ Algo peor ahora que un año atrás.
- ⁵ Mucho peor ahora que un año atrás.

59. En los últimos 12 meses, ¿ha sido paciente en un hospital durante una noche o más tiempo?
- ¹ Sí
- ² No

60. ¿Tiene usted ahora alguna condición física o médica que le haya durado 3 meses por lo menos?
- ¹ Sí
- ² No → Pase a la Pregunta 62 en la Página 12

61. En los últimos 12 meses ¿ha visto un médico u otro proveedor de cuidado de salud más de dos veces para alguna de estas condiciones ?
- ¹ Sí
- ² No
- No tengo condiciones que hayan durado 3 meses.
62. ¿Ha estado tomando medicinas recetadas por lo menos 3 meses para alguna de estas condiciones?
- ¹ Sí
- ² No
- No tengo condiciones que hayan durado 3 meses.
63. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía una enfermedad al corazón ?
- ¹ Sí
- ² No
64. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía cáncer?
- ¹ Sí
- ² No
65. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía un ataque cerebral?
- ¹ Sí
- ² No
66. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía EPCO ("COPD")- enfermedad pulmonar crónica obstructiva?
- ¹ Sí
- ² No
67. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que usted tenía diabetes ?
- ¹ Sí
- ² No
68. Debido a algún impedimento o problema de salud ¿necesita usted ayuda de otras personas para sus necesidades de cuidado personal, tales como comer, vestirse o movilizarse en la casa?
- ¹ Sí
- ² No
69. Debido a un impedimento o problema de salud ¿necesita usted ayuda para sus necesidades rutinarias, tales como los quehaceres diarios de la casa, hacer los asuntos necesarios, ir de compras o movilizarse para otros propósitos?
- ¹ Sí
- ² No

70. ¿Tiene usted una condición física o mental que interfiera seriamente con su independencia, participación en la comunidad o calidad de vida?

¹ Sí

² No → Pase a la Pregunta 72

71. En los últimos 6 meses, ¿le proporcionó el plan de salud de Medicare toda la ayuda, equipo y servicios que usted pensó que necesitaba para ayudarle a tener una buena calidad de vida?

¹ Sí

² No

No tengo condiciones que interfieran seriamente con mi independencia o calidad de vida.

72. ¿Le pusieron una vacuna contra el resfriado ("flu") el pasado año, de Septiembre a Diciembre de 1997?

¹ Sí

² No → Pase a la Pregunta 74

No recuerdo.

73. ¿Le pusieron esa vacuna contra el resfriado ("flu") a través del plan de salud de Medicare o de su médico personal?

¹ Sí

² No

No me pusieron la vacuna contra el resfriado el último año.

74. ¿Le pusieron una vacuna contra el resfriado ("flu") este año, de Septiembre a Diciembre de 1998?

¹ Sí

² No → Pase a la Pregunta 76

No me han puesto aún la vacuna contra el resfriado este año.

75. ¿Le pusieron esa vacuna contra el resfriado ("flu") a través del plan de salud de Medicare o de su médico personal?

¹ Sí

² No

No me han puesto aún la vacuna contra el resfriado este año.

76. ¿Le han puesto alguna vez una vacuna contra la neumonía? Esta vacuna estuvo disponible por primera vez el año 1977 y se pone usualmente una vez en la vida de una persona.

¹ Sí

² No

No sé

77. ¿Ha fumado alguna vez por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida ?

¹ Sí

² No

→ Pase a la Pregunta 81 en la Página 14

No sabe → Pase a la Pregunta 81 en la Página 14

78. **¿Fuma ahora cada día, algunos días, o nunca?**
- Cada día → Pase a la Pregunta 80
- Algunos días → Pase a la Pregunta 80
- Nunca → Pase a la Pregunta 79
- No sabe → Pase a la Pregunta 81
79. **¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar cigarrillos?**
- Menos de 6 meses
- 6 meses o más → Pase a la Pregunta 81
- No sabe → Pase a la Pregunta 81
80. **En los últimos 6 meses ¿cuántas veces usted fué aconsejado por un médico u otro profesional de su plan de salud para que dejara de fumar?**
- Nunca
- 1 visita
- 2 a 4 visitas
- 5 a 9 visitas
- 10 o más visitas
- No tuve visitas en los últimos 6 meses.
81. **¿Cuál es su edad ahora ?**
- 64 o menor
- 65 a 69
- 70 a 74
- 75 a 79
- 80 o mayor

82. **¿Es usted del sexo masculino o del sexo femenino?**
- Masculino
- Femenino
83. **¿Cuál es el grado o nivel de escuela más alto que usted ha completado?**
- 8º grado o menos
- Algo de escuela (superior/ secundaria), pero no se graduó
- Graduado de escuela (superior/ secundaria) o GED
- Algo de Universidad o grado de 2 años
- Graduado de 4 años de Universidad.
- Más de 4 años de Universidad.
84. **¿Es usted de origen Hispano o Latino o descendiente?**
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
85. **¿Cuál es su raza? Por favor indique una o más.**
- Blanca
- Negra o Afro-Americana
- Asiática
- Nativa Hawaiana u otra de las Islas del Pacífico.
- India Americana o Nativa de Alaska

86. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- ¹ Sí → **Pase a la Pregunta 87**
² No → **Por favor devuelva esta encuesta en el sobre pre-pagado.**

87. ¿Como le ayudó esa persona?

Por favor indique todo lo que corresponda.

- ¹ Me leyó las preguntas.
² Me escribió las respuestas que le dí.
³ Contestó las preguntas por mí.
⁴ Tradujo las preguntas a mi language.
⁵ Me ayudó en alguna otra manera.
(Letra de imprenta por favor.)
-

GRACIAS

POR FAVOR DEVUELVA LA ENCUESTA TERMINADA EN EL SOBRE PRE-PAGADO