

WISEWOMAN de Alabama
Encuesta de Satisfacción de Participantes

En nombre de WISEWOMAN de Alabama, nos gustaría agradecerle por su participación. Su opinión es importante para mejorar el programa. Gracias por su tiempo.

Mi proveedor: Franklin Primary Mobile CHD Tuscaloosa CHD Shelby CHD

Mi edad: ____ Mi raza/etnia: ____ Afroamericana Hispana o latina
 ____ Blanca (No hispana/latina) Otra

Lea las siguientes afirmaciones acerca de los cambios en la información que posee y su estilo de vida desde que conoció al médico, enfermero/a, trabajador/a social o nutricionista del programa WISEWOMAN.						
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/A
Comprendo la importancia de mi salud cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo más confianza en que puedo mejorar mi salud cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He establecido metas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuento con materiales educativos que me ayudan a alcanzar mis metas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendo mis resultados de laboratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conozco mis niveles de presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo mejorar mi presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He reducido mis niveles de presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo la importancia de tomar mis medicamentos en forma regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He tomado mis medicamentos recetados a tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si no tomó sus medicamentos recetados a tiempo, responda lo siguiente:						
No he tomado mis medicamentos recetados a tiempo debido a:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/A
-Costo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Efectos secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros motivos por los que no he tomado mis medicamentos recetados a tiempo:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/A
Comprendo la importancia de reducir mi consumo de sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He reducido mi consumo de sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendo la importancia de hacer actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
He aumentado mi actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendo la importancia de mantener un peso saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conozco mi peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bebo más agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como más frutas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como más verduras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendo la importancia de reducir la cantidad de azúcar que ingiero con las comidas o bebidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He reducido la cantidad de azúcar que ingiero con las comidas o bebidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reviso las etiquetas de los alimentos en la tienda para comer de manera más saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendo la importancia de dejar de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He dejado de fumar gracias a mi participación en el programa WISEWOMAN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento con las herramientas que me ayudarán a alcanzar mis metas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Qué herramientas que recibió del programa WISEWOMAN utiliza?

	Sí	No	No recibí esto
Organizadores de pastillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banda elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afiliación a un gimnasio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recipiente de alimentos MyPlate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lonchera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitor de presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro de recursos de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botella de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe cómo el/la trabajador/a social le ha ayudado a alcanzar sus metas de salud.