



Le han recetado medicamentos para reducir:

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Presion Arterial | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |
| Colesterol (Estatina) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |
| Colesterol (Otra prescripcion) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |
| Azucar en la Sangre | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |

Esta tomando aspirina diaramente para ayudar a prevenir un fallo cardiaco o un derrame cerebral? Si No No lo se/No estoy segura No Aplica

Durante los ultimos 7 dias, cuantos dias tomo medicamentos recetados para las siguientes condiciones

- | | | | |
|-----------------------|-----------------|---|------------------------------------|
| Presion arterial alta | 0 1 2 3 4 5 6 7 | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |
| Colesterol alto | 0 1 2 3 4 5 6 7 | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |
| Azucar en la sangre | 0 1 2 3 4 5 6 7 | <input type="checkbox"/> No lo se/No estoy segura | <input type="checkbox"/> No Aplica |

SECCION 3: COMPORTAMIENTOS DE SALUD

Se mide su presion arterial en casa o utiliza otros recursos calibrados en la comunidad?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Multiple veces por dia | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> No lo se/ No estoy segura |
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces a la semana | <input type="checkbox"/> Ninguna vez | |

Comparte regularmente sus lecturas de la presion arterial con su proveedor de salud medica para recibir comentarios?

- Si No No lo se/No estoy segura

Cuantas tazas de fruta o verduras come al dia regularmente? _____ Tazas Ninguna

Come pescado por lo menos 2 veces por semana? Si No

Piense en todas las porciones de productos de granos que come en un dia normal. Cuantos son granos integrales?

- Menos de la mitad Mitad Mas de la mitad

Toma menos de 36 onzas(450 calorías) de bebidas azucaradas semanalmente? Si No

Esta actualmente vigilando o reduciendo su consumo de sodio o sal? Si No

En los ultimos 7 dias, Con que frecuencia ha tomado una bebida que contiene alcohol? _____ Numero de Dias Ninguno

Cuantas bebidas alcoholicas en promedio consume caundo bebes? _____ Numero de Bebidas Ninguno

Cuantos minutos de actividad fisica (ejercicio) hace en una semana? _____ Numero de Minutos Ninguno

Usted fuma (incluye cigarillos, pipas, puros, cigarillos electronicos, vapear)

- Fumador actual Deje de fumar (hace 1 – 2 meses) Deje de fumar (hace mas de 12 meses) Nunca Fume

Durante las ultimas 2 semanas, con cuanta frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Poco interes o placer haciendo cosas. | <input type="checkbox"/> Para nada | <input type="checkbox"/> Varios dias | <input type="checkbox"/> Mas de la mitad | <input type="checkbox"/> Casi todos los dias |
| Sentirse deprimido o sin esperanza. | <input type="checkbox"/> Para nada | <input type="checkbox"/> Varios dias | <input type="checkbox"/> Mas de la mitad | <input type="checkbox"/> Casi todos los dias |

SECCION 4: PREGUNTAS SOCIALES

Usted utiliza alguno de los siguientes tipos de computadoras: computadora/computadora portatil, celular, tableta o otra computadora portatil inalambrica ? Si No No lo se No quiero responder

Usted o algun miembro de su casa tiene acceso a internet?

- Si, pagandole a una compañía de telefonos o proveedor de servicios de internet
 Si, **sin** pagarle a una compañía de telefonos o proveedor de servicios de internet
 No acceso a internet en casa (casa, apartamento, o casa movil)
 No lo se
 No quiero responder



Durante los ultimos 12 meses, hubo un tiempo donde se preocupara que se quedara sin comida por falta de dinero o otros recursos?

- Si
- No
- No lo se
- No quiero responder

Alguna vez ha perdido una cita con su doctor por un problema de transporte?

- Si
- No
- No lo se
- No quiero responder

Si usted currientemente usa servicios de cuidado infantil, porfavor indentifique que tipo de servicios usa. Si no usa ningun servicio seleccione no aplica. Seleccione todos los que corresponda.

- Bebe (nacimiento a 11 meses)
- Niño/a pequeña (11 a 36 meses)
- Preescolar (3 a 5 años)
- Cuidado despues de la Escuela (K – 9 Grado)
- No lo se
- No quiero responder
- No aplica

Has tenido alguno de estos problemas relacionados con el cuiado infantil durante el año pasado? Seleccione todas las que aplican.

- Costo
- Disponibilidad
- Locacion
- Transporte
- Horas de operacion
- Otro: _____
- No lo se
- No quiero responder
- No aplica

Cual es tu situacion de vivienda hoy?

- Llo tengo vivienda.
- Llo tengo vivienda, pero me preocupa perder mi vivienda.
- No tengo vivienda.
- No lo se
- No quiero contestar

Cada cuanto tu pareja te lastima fisicamente?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente
- No quiero responder

Cada cuanto tu pareja te insulta o te menosprecia?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente
- No quiero responder

Alguna vez se le a olvidado tomar su medicamento?

- Si
- No
- No quiero responder

Usted es descuidado/a al tomar su medicamento?

- Si
- No
- No quiero responder

Cuando usted se siente mejor, a veces deja de tomar su medicamento?

- Si
- No
- No quiero responder