

## Base de datos de National Falls Prevention

### Preguntas Opcionales para las Encuestas de Participantes

2021

#### ENGLISH

1. Has a health care provider ever told you that you have any of the following chronic conditions (i.e., one that has lasted for three months or more)? **(Please check all that apply)**
  - a. Early stage dementia
2. Are you here as a caregiver to a person with Dementia? (Yes/No)
3. What is your zip code?
4. Please indicate which type of insurance you have. (Medicaid, Medicare, TriCare, Veterans Health, No Insurance, Private Insurance Not Listed Above, Other Private Insurance: \_\_)
5. Were you referred here today from a Facebook ad? (Yes/No)
6. Have you taken this falls prevention program before? (Yes/No)  
Have you taken a falls prevention program before? (Yes/No)

#### SPANISH

1. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas (es decir, una que ha durado tres meses o más)? **(Marque todo lo que aplique)**
  - a. Demencia en etapa temprana
2. ¿Está aquí como cuidador de una persona con demencia?
  - a. O Sí O No
3. ¿Cuál es su código postal?
4. Por favor, indique qué tipo de seguro tiene.
  - a. Medicaid
  - b. Medicare
  - c. TriCare
  - d. Salud Medico de Veteranos
  - e. Sin seguro
  - f. Seguro privado no listado arriba
  - g. Otro seguro privado: \_\_\_\_\_
5. ¿Usted fue referido aquí desde un anuncio de Facebook?
  - a. O Sí O No
6. ¿Ha tomado **este** programa de prevención de caídas antes?
  - a. O Sí O No
7. ¿Ha tomado cualquier otro programa de prevención de caídas antes, no incluyendo este programa?
  - a. O Sí O No
  - b. En caso afirmativo, indique el nombre del programa: \_\_\_\_\_