N.° de control de OMB 0985-0036
Fecha de Vencimiento 11/22/2022

Nombre del programa

Encuesta de información del participante

Para uso exclusivo del administrador: ***Identificación del participante:*** El facilitador o el personal del programa deben completar esta parte del formulario y marcar el número secuencial del participante con el nombre en el formulario de asistencia.

Abreviatura del estado: __ __ (por ejemplo, NY, VA, etc.)

Primeras cuatro letras del nombre del sitio: __ __ __ __

Fecha de inicio del programa: __ __ / __ __ / __ __ (por ejemplo, 01/12/19)

Numero de participante: __ __ (por ejemplo, 01, 02, 03, etc.)

---

1. ¿Su médico, enfermero, fisioterapeuta u otro proveedor de atención médica le sugirieron que tome este programa?
   ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuántos años tiene? _____ años
3. Usted es: ☐ ¿Hombre o ☐ Mujer?
4. ¿Es de origen hispano, latino o español? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.
   - ☐ Indio americano o nativo de Alaska
   - ☐ Asiático
   - ☐ Negro o Afroamericano
   - ☐ Nativo Hawaiano u otro isleño del Pacífico
   - ☐ Blanco
6. ¿Es sordo o tiene serias dificultades para escuchar? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa lentes?
   ☐ Sí ☐ No
8. ¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que ha completado?
   ☐ Parte de escuela primaria, media o secundaria

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

☐ Graduado de secundaria o GED
☐ Parte de la universidad o escuela técnica
☐ 4 años o más de universidad

10. ¿Alguna vez ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No

11. Durante el año pasado, ¿proporcionó atención o asistencia periódica a un amigo o familiar que tiene un problema de salud a largo plazo o discapacidad? ☐ Sí ☐ No

12. En general, usted diría que su salud es:
☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

13. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Trastorno de ansiedad	☐	☐	Dolor crónico	☐	☐
Colesterol alto	☐	☐	Enfermedad renal	☐	☐
Asma/enfisema/otro problema crónico de respiración o pulmonar	☐	☐	Osteoporosis (baja densidad ósea)	☐	☐
Cáncer o sobreviviente de cáncer	☐	☐	Obesidad	☐	☐
Hipertensión (Presión arterial alta)	☐	☐	Esquizofrenia u otro trastorno psicótico	☐	☐
Depresión	☐	☐	Derrame	☐	☐
Diabetes (azúcar alta en sangre)	☐	☐	Artritis/enfermedad reumática	☐	☐
Enfermedad del corazón	☐	☐	Otra condición crónica	☐	☐

14. Debido a una condición física, mental o emocional, usted:
   - ¿Tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?
     ☐ Sí ☐ No
   - ¿Tiene dificultades para hacer diligencias solo, como visitar un consultorio médico o ir de compras?
     ☐ Sí ☐ No

15. ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? ☐ Sí ☐ No

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

16. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?
☐ Siempre ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Raramente ☐ Nunca

18. ¿Qué tan seguro está de poder controlar su condición para poder hacer las cosas que necesita y desea hacer?

Totalmente inseguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente seguro
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

PARA COMPLETAR EN LA ÚLTIMA SESIÓN DEL PROGRAMA

Para uso exclusivo del administrador:

Identificación del participante: El facilitador o el personal del programa deben completar esta parte del formulario y marcar el número secuencial del participante con el nombre en el formulario de asistencia.

Abreviatura del estado: __ __ (por ejemplo, NY, VA, MA, etc.)

Primeras cuatro letras del nombre del sitio: __ __ __ __

Fecha de inicio del programa: __ __ / __ __ / __ __ (p. ej., 12/01/19)

Numero de participante: __ __ (por ejemplo, 01, 02, 03, etc.)

1. En general, usted diría que su salud es:
   ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

2. ¿Qué tan seguro está de poder controlar su condición para poder hacer las cosas que necesita y desea hacer?

Totalmente inseguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente seguro
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

3. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?
   ☐ Siempre ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Raramente ☐ Nunca

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.