



Programa *Tomando Control de su Salud* de Oregón

Información sobre el participante

Instrucciones:

Por favor use un bolígrafo para responder las preguntas en ambos lados de este formulario. Escriba en letra de imprenta. Marque su elección dentro de cada casillero de la siguiente manera: Esta información es opcional. Le ayudará programa financiadores saber si este programa está llegando a poblaciones diversas y ayuda a las personas con enfermedades crónicas.

Sus iniciales:

1. Año de nacimiento: o su edad: _____

2. Cual es su CONDADO: _____ (Marion, Deschutes, por ejemplo)

3. Sexo:

Mujer Hombre Otro _____

4. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Sí No No sé

5. Raza (marque todas las que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático o asiático americano
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
- Blanco o caucásico
- Otra: _____

6. ¿Usted es Veterano de ejército?

Sí No

7. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?

- De 1.º a 8.º grado (educación primaria)
- 12.º grado o diploma equivalente de la escuela secundaria o GED (graduado de la escuela secundaria)
- De 1 a 3 años de universidad (algunos años de educación universitaria o escuela técnica)
- 4 o más años de universidad (universitario graduado)

8. **¿Ahora, usa usted tabaco** (cigarros, cigarrillos, tabaco para mascar, etc.)?

- Todos los días Algunos días Nunca

9. **¿Le dijo alguna vez un proveedor de atención de la salud que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (marque todas las que correspondan)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's o demencia relacionada | |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Reuma / Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (Baja densidad ósea) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria / pulmonar (por ej., EPOC, enfisema, bronquitis) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / sobreviviente | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica: |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna (sin enfermedades crónicas) |

10. **Durante el ultimo año, ayudó o asistió a un amigo o familiar con problemas de salud crónica o incapacidad?**

- Sí No

11. **¿Tiene actualmente algún problema físico, mental o emocional que limite de alguna manera sus actividades?**

- Sí No

12. **¿Cuántas personas viven en su hogar (incluyéndose usted)?**

(número de personas)

13. **¿Cómo se enteró de este taller? (marque todas las que correspondan)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico, enfermera u otro proveedor de atención de la salud | |
| <input type="checkbox"/> Plan seguro de salud | |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o religiosa / centro de ancianos | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Periódico / radio / TV |
| <input type="checkbox"/> Amigo / familiar | <input type="checkbox"/> Internet |

Línea para dejar el tabaco de Oregón

Otro: _____

14. ¿Tiene seguro de salud a través de Medicaid (Plan de Salud de Oregon)?

Sí (*marque el casillero que corresponda al nombre de su plan*) No

- AllCare
- Cascade Health Alliance
- Columbia Pacific Coordinated Care Organization
- Eastern Oregon Coordinated Care Organization
- FamilyCare, Inc.
- Health Share of Oregon
- Intercommunity Health Network Coordinated Care Organization
- Jackson Care Connect
- Pacific Source Community Solutions - Central Oregon
- Pacific Source Community Solutions - Columbia Gorge
- PrimaryHealth of Josephine County
- Trillium Community Health Plan
- Umpqua Health Alliance
- Western Oregon Advanced Health
- Willamette Valley Community Health
- Yamhill Community Care Organization
- “Open card” (fee for service)
- No sé el nombre de mi plan

15. ¿Tiene seguro de salud a través de Medicare?

Sí No

16. ¿ Tiene un plan Medicare Advantage?

Sí - (*marque el casillero que corresponda al nombre de su plan*) No

- Atrio
- CareOregon Advantage
- CareSource
- Family Care Health Plans
- Health Net
- Humana
- Trillium Community Health Plan
- No sé el nombre de mi plan
- Kaiser Permanente
- Moda Health Plan
- PacificSource Medicare
- Providence Health Plan
- Regence Blue Cross Blue Shield de Oregon
- Samaritan Advantage Health Plan
- United Healthcare

17. ¿Tiene seguro de salud a través de alguna otra fuente?

- Sí, tengo seguro de salud otro que Medicaid or Medicare
- No, no tengo seguro de salud