

Registro de Salud del World Trade Center

Encuesta de Salud 2020

INSTRUCCIONES:

- **Llene uno de los círculos completamente con una pluma negra o azul.** → Ejemplo: ●
- **Escriba en letras mayúsculas de molde cuando responda.** → Ejemplo: **J A 1 2**

1. Ingrese la fecha de hoy:
 M M D D A A A A
 / /

2. ¿Es usted la persona inscrita nombrada en la carta de presentación?
 Sí → *Vaya a la Pregunta 5*
 No, pero estoy completando esta encuesta en nombre de esa persona

A medida que complete la encuesta en nombre de la persona inscrita, responda las preguntas de la forma más adecuada para esa persona. Las palabras “usted” y “su” se refieren a la persona inscrita.

3. ¿Qué le impidió a esta persona completar la encuesta? Seleccione la mejor opción a continuación.

- La persona inscrita falleció
- Una discapacidad física o mental
- Un obstáculo con el idioma
- La encuesta era muy difícil para que la persona inscrita pueda leer
- Otra razón (Especifique):

→ *Vaya a la Pregunta 5*

4. Si la persona inscrita ha fallecido, favor reciba nuestras condolencias. Complete solo la fecha y el lugar de fallecimiento abajo y envíenos la encuesta por correo o llámenos al 866-692-9827.

Fecha de defunción:
 M M D D A A A A
 / /

Lugar de defunción: *Ingrese el estado si el fallecimiento ocurrió en los EE.UU., o el país si el fallecimiento ocurrió fuera de los EE.UU.*

Estado:

País:

5. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
 M M D D A A A A
 / /

6. ¿Cuál es su sexo?
 Masculino
 Femenino

7. ¿Cuál es su estado civil actual?
 Casado(a) → *Vaya a la Pregunta 9*
 Viudo(a)
 Divorciado(a) o separado(a)
 Soltero(a)

8. ¿Actualmente convive con una pareja?
 Sí
 No

9. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?
 personas

10. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación laboral actual? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Trabaja a tiempo completo
- Trabaja a tiempo parcial
- Trabajador independiente
- Jubilado(a)
- Con licencia por maternidad o paternidad
- Buscando trabajo
- Desempleado hace menos de un año
- Desempleado hace un año o más
- No puede trabajar por motivos de salud
- Ama de casa
- Estudiante

REGISTRO DE SALUD DEL WTC

11. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?
- 8.º grado o menos
 - 9.º a 11.º grado
 - 12.º grado o GED (Examen de Desarrollo de Educación General)
 - Algo de estudios superiores, Diploma de Asociado (básico de dos años) o Título Técnico
 - Título de bachillerato universitario (por ejemplo: BA, BS)
 - Estudios de Posgrado

12. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar el año 2019 antes de los impuestos?
- Menos de \$25,000
 - \$25,000 – \$49,999
 - \$50,000 – \$74,999
 - \$75,000 – \$99,999
 - \$100,000 – \$149,999
 - \$150,000 o más

13. En general, diría que su salud es:
- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Pasable
 - Mala

14. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?
- a. **Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf.**
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita en absoluto
- b. **Subir varios pisos por la escalera.**
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita en absoluto

15. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**?

- a. **Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.**
- Siempre
 - La mayoría del tiempo
 - Algo del tiempo
 - Un poco del tiempo
 - Nunca
- b. **Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.**
- Siempre
 - La mayoría del tiempo
 - Algo del tiempo
 - Un poco del tiempo
 - Nunca

16. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

- a. **Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.**
- Siempre
 - La mayoría del tiempo
 - Algo del tiempo
 - Un poco del tiempo
 - Nunca
- b. **Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.**
- Siempre
 - La mayoría del tiempo
 - Algo del tiempo
 - Un poco del tiempo
 - Nunca

17. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
- Nada en absoluto
 - Un poco
 - Medianamente
 - Bastante
 - Extremadamente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerque a la manera cómo se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

a. se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?

- Siempre
 La mayoría del tiempo
 Algo del tiempo
 Un poco del tiempo
 Nunca

b. ha tenido mucha energía?

- Siempre
 La mayoría del tiempo
 Algo del tiempo
 Un poco del tiempo
 Nunca

c. se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?

- Siempre
 La mayoría del tiempo
 Algo del tiempo
 Un poco del tiempo
 Nunca

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- Siempre
 La mayoría del tiempo
 Algo del tiempo
 Un poco del tiempo
 Nunca

20. ¿Usa algún dispositivo de asistencia debido a una condición de salud? Algunos ejemplos incluyen un bastón, silla de ruedas, cama adaptada, teléfono para personas con problemas auditivos y otros dispositivos similares.

- Sí
 No

21. En relación a su salud física, lo que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿durante cuántos días de los últimos 30 días su salud física no fue buena?

días

22. Si piensa en su salud mental, lo que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días su salud mental no fue buena?

días

23. ¿Durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales en los últimos 30 días?

días

24. ¿Cuál es su peso actual?

libras

25. En general, ¿cuál es su nivel de actividad física?

- Muy activo(a)
 Algo activo(a)
 No muy activo(a)
 Para nada activo(a)

26. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas horas ha dormido la mayoría de las noches?

- Menos de 4 horas
 4 horas
 5 horas
 6 horas
 7 horas
 8 horas
 9 horas
 10 horas
 11 o más horas

27. Durante los últimos 30 días, ¿cómo calificaría usted su calidad de sueño en general?

- Muy buena
 Bastante buena
 Bastante mala
 Muy mala

28. Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria, aparte de olvidar ocasionalmente el nombre de alguien que conoció recientemente?

- Sí
 No → Vaya a la Pregunta 35

29. Durante los últimos 12 meses, ¿su confusión o pérdida de memoria ha sucedido con más frecuencia o ha empeorado?

- Sí
 No

30. Durante los últimos 12 meses, como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia ha dejado de hacer las actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar las cuentas?

- Siempre
 Usualmente
 A veces
 Rara vez
 Nunca

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

31. Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria?

- Siempre
 - Usualmente
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
- } → Vaya a la Pregunta 33

32. Cuando necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia puede obtener la ayuda que necesita?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

33. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o pérdida de memoria en su capacidad para trabajar, trabajo de voluntario(a) o participar en actividades sociales fuera de la casa?

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

34. ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria?

- Sí
- No

35. Indique No o Sí para cada uno de los siguientes síntomas. SI LA RESPUESTA ES SÍ, responda las preguntas adicionales en cada fila.

	En los <u>últimos 30 días</u> , ¿ha experimentado este síntoma cuando <u>no</u> tenía un resfriado, gripe o alergias estacionales?		En los <u>últimos 30 días</u> , ¿cuántos días ha experimentado este síntoma?	En los <u>últimos 30 días</u> , ¿se ha despertado durante la noche debido a este síntoma cuando <u>no</u> tenía un resfriado, gripe o alergias estacionales?	
	No	Sí	Cantidad de días	No	Sí
a. Dificultad respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Silbidos al respirar (sibilancia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tos persistente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. En los últimos 30 días, ¿ha utilizado un inhalador recetado para algún problema respiratorio?

- Sí
- No

37. Durante los últimos 12 meses, en promedio, ¿con qué frecuencia ha experimentado acidez o reflujo ácido?

- Nunca → Vaya a la Pregunta 39
- Menos de una vez por mes
- Aproximadamente una vez por mes
- Aproximadamente una vez por semana
- Al menos dos veces por semana

38. En los últimos 30 días, ¿ha tomado algún medicamento para la acidez o reflujo ácido?

- Sí
- No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

39. ¿Le ha informado alguna vez un médico u otro profesional de atención médica que usted ha tenido alguna de las siguientes condiciones? SI LA RESPUESTA ES SÍ, indique el año en el que se le informó que tenía dicha condición por primera vez.

	No	Sí	Año en que se le informó por primera vez
a. Hipertensión o presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
b. Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
c. Angina, también denominada angina de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
d. Ataque al corazón o infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
e. Enfermedad coronaria del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
f. Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
g. Diabetes tipo 2 o glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
h. Bronquitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
i. Enfisema o EPOC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
j. Síndrome de disfunción de la vía reactiva o SDVR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
k. Fibrosis pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
l. Asbestosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
m. Sinusitis crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
n. Enfermedad de Alzheimer o alguna otra forma de demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
o. Apnea del sueño o apnea del sueño obstructiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
p. Enfermedad por reflujo gastroesofágico o ERGE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
q. Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
r. Neuropatía periférica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
s. Sensibilidad química múltiple o SQM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
t. Pérdida de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
u. Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
v. Enfermedad periodontal o enfermedad de las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
w. Dolor crónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
x. Problema de salud reproductiva (Especifique): ↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
y. Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
z. Otro cáncer 1 (Especifique): ↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
aa. Otro cáncer 2 (Especifique): ↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>
bb. Otra enfermedad* (Especifique): ↓ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/>

*Nota: el asma, las enfermedades autoinmunes y las condiciones de salud mental se cubren más adelante en esta encuesta y no deben agregarse aquí.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

40. ¿Le ha informado alguna vez un médico u otro profesional de atención médica que usted tenía asma?

- Sí
 No → *Vaya a la Pregunta 49*

41. ¿En qué año un médico u otro profesional de la salud le informó que tenía asma por primera vez?

Año en que se le informó por primera vez:

42. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

- Siempre
 La mayoría del tiempo
 Algo del tiempo
 Un poco del tiempo
 Nunca

43. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

- Más de una vez por día
 Una vez por día
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o dos veces por semana
 Nunca

44. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas de asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

- 4 o más noches por semana
 De 2 a 3 noches por semana
 Una vez por semana
 Una o dos veces
 Nunca

45. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol, Ventolin®, Proventil®, o Maxair®)?

- 3 o más veces por día
 1 o 2 veces por día
 2 o 3 veces por semana
 Una vez por semana o menos
 Nunca

46. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

- No controlada en absoluto
 Mal controlada
 Algo controlada
 Bien controlada
 Completamente controlada

47. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido un episodio de asma, también conocido como ataque de asma o crisis asmática?

- Sí
 No

48. En los últimos 12 meses, ¿se le ha realizado una prueba de la función pulmonar (por ejemplo, una espirometría)? *Para las pruebas de la función pulmonar, se le pide respirar dentro de una boquilla que está conectada a una máquina que mide cuánto aire exhala y qué tan rápido lo hace.*

- Sí
 No

49. ¿Le ha informado alguna vez un médico u otro profesional de atención médica que usted tenía una enfermedad autoinmune?

- Sí
 No → *Si es hombre, vaya a la Pregunta 59
 Si es mujer, vaya a la Pregunta 51*

50. ¿Qué tipo(s) de enfermedad(es) autoinmune(s) le diagnosticaron?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad de Lou Gehrig
 Enfermedad mixta del tejido conectivo
 Esclerosis múltiple (EM)
 Miositis (polimiositis o dermatomiositis)
 Artritis reumatoide (AR)
 Esclerodermia
 Síndrome de Sjögren
 Lupus eritematoso sistémico
 Otra (Especifique):

SI USTED ES HOMBRE → *Vaya a la Pregunta 59*

SI USTED ES MUJER → *Continúe con la Pregunta 51*

**RESPONDA LAS PREGUNTAS 51 A 58
SOLO SI USTED ES MUJER.**

Sabemos que estas preguntas pueden ser sensibles y agradecemos sus respuestas.

51. (Si es mujer) ¿Está usted actualmente embarazada?

- Sí
- No
- No sabe

52. (Si es mujer) ¿Cuántas veces ha estado embarazada, incluidos abortos espontáneos, partos de bebés fallecidos, embarazos ectópicos o en las trompas, abortos y bebés nacidos vivos? Si está embarazada en este momento, cuente este embarazo.

veces

- Ninguna → Vaya a la Pregunta 55

53. ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada por primera vez?

años de edad

54. ¿Cuántos hijos ha dado a luz?

hijo(s)

55. (Si es mujer) ¿Ha tenido la menopausia? La menopausia es cuando han pasado 12 meses o más sin un período menstrual, sin contar cuando estaba embarazada, dando de lactar o tomando medicamentos hormonales, como anticonceptivos hormonales.

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 57

56. ¿Qué edad tenía cuando tuvo la menopausia?

años de edad

57. (Si es mujer) En los últimos 12 meses, ¿se ha realizado una mamografía?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 61

58. ¿Cuál fue la razón principal por la que se realizó la mamografía más reciente?

- Parte de un examen de rutina
- Debido a un problema
- Otra razón

→ Vaya a la Pregunta 61

59. (Si es hombre) En los últimos 12 meses, ¿se ha sometido a un examen de PSA? Un examen de PSA es un análisis de sangre para detectar cáncer de próstata. También se llama examen de antígeno prostático específico.

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 61

60. ¿Cuál fue la razón principal por la que se realizó el examen de PSA más reciente?

- Parte de un examen de rutina
- Debido a un problema
- Otra razón

61. ¿Alguna vez su padre biológico ha tenido cáncer?

- Sí
- No
- No sabe } → Vaya a la Pregunta 63

62. ¿Cuál de los siguientes tipo(s) de cáncer ha tenido su padre biológico alguna vez? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Colon
- Próstata
- Otro (Especifique):

63. ¿Alguna vez su madre biológica ha tenido cáncer?

- Sí
- No
- No sabe } → Vaya a la Pregunta 65

64. ¿Cuál de los siguientes tipo(s) de cáncer ha tenido su madre biológica alguna vez? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Seno
- Colon
- Otro (Especifique):

65. ¿Tiene algún(a) hermano(a) biológico(a) que haya tenido cáncer? Incluya medios hermanos(as) pero no hermanastros(as).

- Sí
- No
- No sabe } → Vaya a la Pregunta 67

66. ¿Cuál de los siguientes tipo(s) de cáncer han tenido sus hermanos(as) biológicos(as) alguna vez? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Seno
- Colon
- Próstata
- Otro (Especifique):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

67. **¿Tiene actualmente algún seguro médico?** *Incluya seguro de salud privado, HMO, atención administrada o un plan del gobierno, como Medicare o Medicaid.*
 Sí
 No
68. **Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento estuvo usted sin seguro médico?**
 Sí
 No
69. **¿Cuánto hace aproximadamente desde la última vez que visitó a un médico para un chequeo de rutina?** *Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen por una lesión, enfermedad o condición específica.*
 En los últimos 12 meses
 Hace más de un año pero menos de 2 años
 Hace 2 años o más pero menos de 5 años
 Hace 5 años o más
 Nunca en mi vida
70. **Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento necesitó atención médica para problemas de salud física, pero no pudo recibirla por alguna razón?**
 Sí
 No
71. **Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez necesitó consejería o atención de salud mental, pero no pudo recibirla por alguna razón?**
 Sí
 No
72. **¿Cuánto hace desde la última vez que visitó a un dentista o clínica dental por cualquier motivo?** *Incluya las visitas a especialistas dentales, como ortodoncistas.*
 En los últimos 12 meses
 Hace más de un año pero menos de 2 años
 Hace 2 años o más pero menos de 5 años
 Hace 5 años o más
 Nunca en mi vida
73. **¿Cuántos dientes permanentes se le han extraído debido a caries o a una enfermedad en las encías?** *Incluya los dientes que perdió por una infección, pero no incluya los dientes que perdió por otros motivos, como lesiones u ortodoncia.*
 Ninguno
 1 a 5
 6 o más pero no todos
 Todos

74. **El Programa de Salud de World Trade Center (WTCHP, por sus siglas en inglés) ofrece servicios a través de las siguientes clínicas:**
- Clínicas FDNY WTC
 - Mount Sinai – Icahn School of Medicine
 - NYU School of Medicine
 - Northwell Health (anteriormente Queens College/North Shore-LIJ Health System)
 - Rutgers University Robert Wood Johnson Medical School (anteriormente UMDNJ)
 - SUNY-Stony Brook – en los condados de Nassau y Suffolk, y anteriormente en Brooklyn
 - NYC Health + Hospitals System El WTC Environmental Health Center – en Bellevue Hospital, Elmhurst Hospital y Gouverneur Healthcare Services
 - William Street Clinic
 - El Nationwide Provider Network (anteriormente el National Responder Program) o Logistics Health Incorporated (LHI)

¿Alguna vez ha recibido servicios para una condición de salud relacionada con el 11 de septiembre a través de alguna de estas clínicas?

- Sí
 No
 No sabe

75. **¿Alguna vez el programa WTCHP ha certificado que usted tenía una condición de salud mental relacionada con el 11 de septiembre?** *La certificación de una condición médica relacionada con el 11 de septiembre significa que el programa federal WTCHP ha determinado que la condición del paciente reúne los requisitos para recibir tratamiento a través del WTCHP.*

- Sí
 No
 Certificación pendiente } → Vaya a la Pregunta 78

76. **¿Hubo algún momento en el que necesitó consejería o atención de salud mental, pero no pudo recibirla a través del WTCHP por alguna razón?**

- Sí
 No
 No corresponde, no busqué atención a través del programa } → Vaya a la Pregunta 78

77. **¿Por qué no pudo recibir la consejería o atención de salud mental que necesitaba a través del programa WTCHP?** *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- No había sesiones telefónicas disponibles
- No había sesiones de video en vivo disponibles
- Había una disponibilidad limitada de citas
- El tiempo de espera en la clínica era demasiado largo
- Estaba muy ocupado(a)
- Tuve problemas con el transporte
- No pude encontrar un proveedor que me gustara
- Otro(s) motivo(s) no mencionado(s) anteriormente

--	--	--	--	--	--	--	--

78. La siguiente es una lista de problemas que a veces las personas tienen en respuesta a experiencias estresantes, como los hechos del 11 de septiembre de 2001. En los últimos 30 días, ¿en qué grado se ha sentido molesto(a) debido a los siguientes problemas:

	Nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a. ¿Tiene recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Tiene sueños repetidos y perturbadores de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿De repente, siente o actúa como si los hechos del 11 de septiembre estuvieran sucediendo nuevamente (como si los estuviera viviendo nuevamente)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Se siente muy molesto(a) cuando algo le recuerda a los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Tiene reacciones físicas intensas cuando algo le recuerda a los hechos del 11 de septiembre (por ejemplo, palpitaciones del corazón, problemas para respirar, sudor)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Evita los recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con los acontecimientos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Evita recordatorios externos de los hechos del 11 de septiembre (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Tiene problemas para recordar partes importantes de los hechos del 11 de septiembre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Tiene creencias negativas intensas sobre usted mismo(a), sobre otras personas o sobre el mundo (por ejemplo, tiene pensamientos, como: estoy mal, hay algo que está muy mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es muy peligroso)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Se culpa a usted mismo(a) o a alguien más por los hechos del 11 de septiembre o lo que sucedió después?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ¿Tiene sentimientos negativos intensos, como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Perdió el interés en actividades que antes disfrutaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. ¿Se siente distante o aislado(a) de otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. ¿Tiene problemas para sentir emociones positivas (por ejemplo, incapaz de sentir felicidad o sentir afecto por las personas cercanas a usted)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. ¿Tiene un comportamiento irritable, arranques de ira o actúa de forma agresiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. ¿Corre demasiados riesgos o hace cosas que podrían hacerle daño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. ¿Está "muy alerta" o vigilante o en guardia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. ¿Se siente nervioso(a) o se asusta con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. ¿Tiene dificultad para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. ¿Tiene dificultad para dormir o para permanecer dormido(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→ Si respondió "Nunca" a todas las preguntas anteriores (Preguntas 78a-t) → Vaya a la Pregunta 80

--	--	--	--	--	--	--	--	--

79. Piense sobre los problemas en la pregunta 78:

- a. ¿Cuánto le han dificultado estos problemas para trabajar, ocuparse de su hogar o establecer relaciones con otras personas?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con mucha dificultad
 - Con extremada dificultad
- b. Durante los últimos 12 meses, cuando sufría algunos de estos problemas, ¿bebió alcohol para mejorar su estado de ánimo o para sentirse mejor?
- Sí
 - No
- c. Durante los últimos 12 meses, cuando sufría algunos de estos problemas, ¿alguna vez, aunque sea una vez, usó una droga opiode para mejorar su estado de ánimo o para sentirse mejor? *Las drogas opioides incluyen analgésicos, como oxicodona, hidrocodona, codeína, morfina, fentanilo y otros. La heroína también es una droga opiode.*
- Sí
 - No

80. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestaron los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Tuvo poco interés o pocas ganas de hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Se sintió triste, deprimido(a) o desesperanzado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tuvo problemas para dormir o permanecer dormido(a), o bien durmió demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Se sintió cansado(a) o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tuvo poco apetito o comió en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Se sintió mal con usted mismo(a), o sintió que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo(a) o a su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tuvo problemas para concentrarse en cosas como leer el diario o mirar televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Estuvo moviéndose o hablando tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O por el contrario, ¿estuvo tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se estuvo moviendo mucho más que lo habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. En los últimos 30 días, con qué frecuencia se sintió:

	Nunca	Muy pocas veces	Parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. ¿Tan triste que nada lograba animarlo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Nervioso(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Intranquilo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Desesperanzado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Todo era un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Despreciable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

82. ¿Le ha informado **alguna vez** un médico u otro profesional de atención médica que usted tenía alguna de las siguientes condiciones de salud mental? **SI LA RESPUESTA ES SÍ**, indique el año en el que se le informó que tenía dicha condición por primera vez y el año en el que visitó por última vez a un médico u otro profesional de la salud por esa condición.

	No	Sí	Año en que se le informó por primera vez	Año de la última visita
a. Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Un trastorno de ansiedad, distinto a Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. Problemas con el consumo de alcohol o drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Otros problemas de salud mental, incluyendo problemas con sus nervios o emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

→ Si respondió "No" a **todas** las preguntas anteriores (Preguntas 82a-e) → Vaya a la Pregunta 86

83. Durante los **últimos 12 meses**, ¿ha tenido una sesión de consejería o terapia con una duración de 30 minutos o más para cualquiera de las condiciones enumeradas en la pregunta anterior? *No incluya visitas que solo han sido para obtener medicamentos.*

- Sí
 No → Vaya a la Pregunta 85

84. Las siguientes preguntas están relacionadas con sesiones de consejería o terapia con una duración de 30 minutos o más.

- a. Durante los **últimos 12 meses**, ¿para cuáles de las siguientes condiciones ha recibido consejería o terapia? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Depresión
 Trastorno de estrés postraumático
 Un trastorno de ansiedad, distinto a Trastorno de estrés postraumático
 Problemas con el consumo de alcohol o drogas
 Otros problemas de salud mental, incluyendo problemas con sus nervios o emociones

- b. Durante los **últimos 12 meses**, ¿a cuál de los siguientes tipos de profesionales ha consultado para consejería o terapia? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Psiquiatra
 Psicólogo
 Algún otro profesional de salud mental, como asistente social, consejero, psicoterapeuta o enfermero(a) de salud mental
 Profesional general, médico de cabecera u otro médico
 Un(a) enfermero(a), terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud
 Asesor religioso o espiritual, como un ministro, sacerdote o rabino
 Cualquier otro profesional

- c. Durante los **últimos 12 meses**, en promedio, ¿con qué frecuencia ha recibido sesiones de consejería o terapia?

- Más de una vez a la semana
 Una vez a la semana
 Dos o tres veces al mes
 Una vez al mes
 Menos de una vez por mes

- d. Durante los **últimos 12 meses**, en general, ¿cuán útil fue la consejería o terapia que recibió?

- Muy útil
 Algo útil
 Moderadamente útil
 Para nada útil

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

REGISTRO DE SALUD DEL WTC

85. Durante los últimos 12 meses, ¿debido a cuál de las siguientes condiciones de salud mental ha tomado algún medicamento de venta con receta? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Depresión
- Trastorno de estrés postraumático
- Un trastorno de ansiedad, distinto a Trastorno de estrés postraumático
- Problemas con el consumo de alcohol o drogas
- Otros problemas de salud mental, incluyendo problemas con sus nervios o emociones
- Ninguno de los anteriores

86. Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

	No	Sí
a. No pudo pagar gastos de alimentos, vivienda u otras necesidades básicas por un período de 3 meses o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tuvo problemas graves en el trabajo o perdió su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Tuvo problemas legales graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tuvo problemas familiares graves que involucren a su cónyuge o su pareja, hijo(a) o padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Asistió a un familiar cercano o amigo que haya tenido una enfermedad grave o mortal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. El fallecimiento de un cónyuge o una pareja, un familiar cercano o un amigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. Las siguientes preguntas están relacionadas con los acontecimientos que puede haber experimentado desde el 11 de septiembre. Sabemos que estos pueden ser temas sensibles y agradecemos sus respuestas.

Desde el 11 de septiembre, ¿se ha visto amenazada su vida por alguna de las siguientes situaciones? *Responda "Sí" solamente si resultó lastimado(a) físicamente o si pensó que resultaría lastimado(a) físicamente.*

	No	Sí
a. Un desastre, natural o causado por el ser humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Un accidente grave, incluido un accidente de tránsito, un accidente en el trabajo u otro tipo de accidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Un ataque con un arma de fuego, cuchillo o alguna otra arma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Un ataque <u>sin</u> armas, pero realizado con la intención de matarlo(a) o herirlo(a) a usted gravemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Una situación en la que alguien usó fuerza física o amenaza de fuerza por parte de una persona para obligarlo(a) a tener algún tipo de contacto sexual no deseado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Cualquier otra situación en la que lo (la) hayan herido gravemente o en la que temió que lo (la) mataran o hirieran gravemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Situación en la que haya visto a alguien gravemente herido(a) o a alguien que tuvo una muerte violenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Una enfermedad que puso en riesgo su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

88. La siguiente pregunta es acerca de los hechos ocurridos durante sus primeros 18 años de vida. Sabemos que estos pueden ser temas sensibles y agradecemos sus respuestas.

Antes de cumplir 18 años:

	No	Sí
a. ¿Alguno de sus padres u otro adulto de su hogar, con frecuencia o con mucha frecuencia, solían insultarlo(a), ofenderlo(a), menospreciarlo(a), humillarlo(a) o actuar de tal manera que usted sintiera que podría resultar lastimado(a) físicamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Alguno de sus padres u otro adulto de su hogar, con frecuencia o con mucha frecuencia, solían empujarlo(a), agarrarlo(a), abofetearlo(a), arrojarle objetos o incluso golpearlo(a) tan fuerte que le dejaban marcas o usted resultaba lastimado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Algún adulto o persona que fuera al menos 5 años mayor que usted, en algún momento, lo(a) tocó o acarició, hizo que le toque su cuerpo de una manera sexual, o intentó tener o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Con frecuencia o con mucha frecuencia, sentía que nadie de su familia lo(a) quería o que no lo(a) consideraban importante o especial, o que sus familiares no se cuidaban mutuamente, no se sentían cercanos o no se apoyaban entre sí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente para comer, que debía usar ropa sucia y que nadie lo(a) protegía, o que sus padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidarlo(a) o llevarlo(a) al médico si lo necesitaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Perdió alguna vez a uno de sus padres biológicos por un divorcio, abandono o por otro motivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Con frecuencia o con mucha frecuencia, a su madre o madrastra la empujaban, agarraban, abofeteaban o le arrojaban objetos; o en ocasiones, con frecuencia o con mucha frecuencia, la pateaban, la mordían, la golpeaban con el puño o con un objeto duro; o alguna vez la golpearon repetidamente durante algunos minutos o la amenazaron con un arma de fuego o con un cuchillo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Vivió con alguien que era un bebedor problemático o un alcohólico, o que consumiera drogas ilegales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Sufría algún miembro de su familia de depresión o de una enfermedad mental, o se intentó suicidar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Alguno de sus familiares estuvo en prisión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 94

90. ¿Fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?

- Todos los días
- Algunos días } → Vaya a la Pregunta 92
- Nunca

91. ¿En qué mes y año fumó un cigarrillo por última vez, aunque haya sido una o dos caladas?

M M A A A A
 /

→ Vaya a la Pregunta 94

92. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma por día aproximadamente?

cigarrillos

93. ¿Cuánto tiempo después de despertar fuma su primer cigarrillo?

- Dentro de los 5 minutos siguientes
- Dentro de los 5 a 30 minutos siguientes
- Dentro de los 31 a 60 minutos siguientes
- Más de 60 minutos después

94. En los últimos 12 meses, ¿ha probado un cigarrillo electrónico, también conocido como un "e-cigarette" o un producto para vapear?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 96

95. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó un cigarrillo electrónico?

- Todos los días
- Algunos días
- Para nada

96. Las siguientes preguntas están relacionadas con los tragos de bebidas alcohólicas. Por “trago”, nos referimos a una lata o botella de cerveza, un vaso de vino o un refresco de vino, un trago de licor o una bebida mixta con licor. No preguntamos acerca de aquellas veces en que solo ha bebido uno o dos sorbos de un trago.

a. ¿Alguna vez, aunque sea una vez, ha bebido un trago de cualquier bebida alcohólica? No incluya las veces en que solo ha bebido uno o dos sorbos.

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 97

b. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que bebió una bebida alcohólica por última vez?

- En los últimos 30 días
 - Hace más de 30 días pero dentro de los últimos 12 meses
 - Hace más de 12 meses
- } → Vaya a la Pregunta 97

c. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido al menos un trago de alguna bebida alcohólica?

días

d. En los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos bebió en promedio?

tragos

e. En los últimos 30 días, ¿cuál es el número máximo de tragos que ha consumido en una sola ocasión?

tragos

→ Si es mujer, vaya a la Pregunta 96g

f. (Si es hombre) Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días bebió cinco o más tragos en una sola ocasión?

veces

→ Si es hombre, vaya a la Pregunta 97

g. (Si es mujer) Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días bebió cuatro o más tragos en una sola ocasión?

veces

97. Para las siguientes preguntas, piense en los analgésicos de venta con receta como oxicodona (por ejemplo, Percocet, Endocet, OxyContin) o hidrocodona (por ejemplo, Vicodin, Norco, Lortab). No incluya medicamentos “de venta libre”.

a. Durante los últimos 12 meses, ¿le ha recetado algún médico u otro profesional de la salud un analgésico?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 97d

b. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez, aunque sea una vez, ha tomado el analgésico que le recetaron?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 97d

c. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez, aunque sea una vez, ha tomado una mayor cantidad del analgésico que le recetaron? Esto incluye tomar una dosis más alta o tomarlo con mayor frecuencia de la indicada.

- Sí
- No

d. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez, aunque sea una vez, ha tomado un analgésico de venta con receta que no le recetaron a usted?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 98

e. Durante los últimos 12 meses, en promedio, ¿con qué frecuencia ha tomado un analgésico de venta con receta que no le recetaron?

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces al mes
- Una vez al mes
- Menos de una vez al mes

f. Ahora piense en la **última vez** que usó un analgésico de venta con receta de alguna forma que el médico **no** le indicó que lo usara. ¿Cuáles fueron los motivos por los que usó el analgésico de venta con receta la última vez?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Para aliviar el dolor físico
- Para relajarse o aliviar la tensión
- Para experimentar o saber cómo es
- Para sentirse bien o para drogarse
- Para ayudarse a dormir
- Para ayudarse con sus sentimientos o emociones
- Para aumentar o disminuir el (los) efecto(s) de alguna otra droga
- Porque me hice "adicto(a)" y tengo que usarlo
- Lo usé por otro motivo

98. ¿**Alguna vez** ha permanecido durante la noche o más tiempo en un hospital, centro de rehabilitación o centro de salud mental para poder recibir tratamiento o consejería debido al consumo de alcohol o drogas?

- Sí
- No → Vaya a la Pregunta 100

99. ¿Cuándo fue(ron) la(s) hospitalización(es)?

- Antes del 11 de septiembre
- Después del 11 de septiembre
- Antes y después del 11 de septiembre

100. La siguiente es una lista de afirmaciones. Para cada afirmación, favor indique en qué grado es cierto o no en relación con usted.

	Para nada cierto	Difícilmente cierto	Moderadamente cierto	Exactamente cierto
a. Siempre puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Si alguien se opone a mí, puedo encontrar los medios y las formas de obtener lo que quiero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me es fácil atenerme a mis objetivos y lograr mis metas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Estoy seguro(a) de que podría enfrentar de manera eficiente a acontecimientos inesperados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Gracias a mi ingenio, sé cómo manejar situaciones imprevistas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Puedo mantener la calma ante las dificultades porque puedo confiar en mis habilidades de afrontamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Cuando me enfrento a un problema, por lo general, puedo encontrar varias soluciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Si estoy en problemas, por lo general, puedo pensar en una solución.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. No importa lo que se interponga en mi camino, por lo general puedo manejarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO DE SALUD DEL WTC

101. Con qué frecuencia una persona está disponible para lo siguiente:

	Nunca	Muy pocas veces	Parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. ¿Para llevarlo(a) al médico si necesita ir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Para pasar un buen momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Para darle un abrazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Para prepararle la comida si no puede hacerlo usted mismo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Para entender sus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. En los últimos 30 días, ¿ha visitado, hablado, enviado textos o se ha escrito correos electrónicos con amigos al menos dos veces?

- Sí
- No

103. En los últimos 30 días, ¿ha asistido a algún servicio religioso al menos dos veces?

- Sí
- No

104. En los últimos 30 días, ¿ha participado activamente en una organización o un club de voluntarios?

- Sí
- No

105. ¿Cuántos amigos o familiares cercanos tiene aproximadamente en la actualidad? *Incluya las personas con las que se siente a gusto y con quienes puede hablar acerca de lo que piensa.*

amigos cercanos o familiares

Se solicita la siguiente información para ayudar a confirmar que esta encuesta se ha completado por o para la persona inscrita a quién le fue enviada. Esta información será estrictamente confidencial. Si desea proporcionar esta información por teléfono, llámenos al 866-692-9827.

106. ¿Cuáles son los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social?

107. ¡No utilice más papel! Puede recibir las comunicaciones del Registro por correo electrónico.

¿Cuál es su dirección de correo electrónico actual? *ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS.*

Este es el final de la encuesta.

Gracias por ayudarnos a obtener información acerca de los efectos a largo plazo sobre la salud después del 11 de septiembre. Agradecemos sus comentarios y mantendremos sus respuestas confidenciales.

Envíe de regreso la encuesta completada en el sobre que llegó en el paquete. Si el sobre no fue incluido o se perdió, por favor llámenos al 866-692-9827.

Visite nyc.gov/911health para obtener información actualizada sobre la investigación y los servicios relacionados con los hechos del 11 de septiembre.

Para uso oficial solamente: