

Site ID: _____
Patient ID: _____
Date: _____

Questionario STARx

DIRECCIONES

Los pacientes con condiciones crónicas de la salud necesitan tener habilidades y hacer tareas especiales para mantener salud.

En las siguientes páginas, escoge las respuestas que usted considera correctas.

Si usted no entiende una pregunta, pida ayuda. Estamos aquí para ayudarle 😊

Site ID: _____
 Patient ID: _____
 Date: _____

Sección 1:

- **Díganos la frecuencia con la cual usted hace las siguientes actividades.**
- **Por favor marque la frecuencia en cada situación durante los últimos 3 meses.**

En los últimos 3 meses...	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No tomo medicinas actualmente
1. ¿Con qué frecuencia entiende lo que su médico/a le dijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia toma las medicinas por su cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia hace preguntas a su médico/ enfermera/ equipo de salud sobre su enfermedad, medicinas o atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia solicita sus propias citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia necesita a alguien para recordarle a tomar sus medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia usa cosas como cajas para pastillas, calendarios o alarmas para ayudarle a recordar a tomar sus medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia usa el Internet, libros u otras guías para averiguar más sobre su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia discute o pregunta a su médico para ocuparse el manejo de nuevos problemas de salud que surgieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Site ID: _____
 Patient ID: _____
 Date: _____

Sección 2:

- *Algunos pacientes saben mucho acerca de su salud y algunos no saben mucho.*
- *¿Cuánto sabe usted?*
- *Por favor marque la respuesta que describe mejor su situación HOY.*

	Nada	Muy poco	Poco	Algo	Mucho	No tomo medicinas actualmente
10. ¿Cuánto sabe acerca de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿Cuánto sabe sobre el cuidado de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Cuánto sabe de lo que pasaría si no se toma sus medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Site ID: _____
 Patient ID: _____
 Date: _____

Sección 3:

- **Ciertas cosas son difíciles de hacer para algunos pacientes.**
- **¿Qué tan fácil o difícil es hacer las siguientes cosas?**
- **Por favor marque la mejor respuesta que le describe HOY.**

	Muy difícil	Algo difícil	Más o Menos	Algo fácil	Muy fácil	No tomo medicinas actualmente
13. ¿Qué tan fácil o difícil es hablar con su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ¿Qué tan fácil o difícil es hacer un plan de tratamiento con su médico para cuidar por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ¿Qué tan fácil o difícil es ver a su médico usted mismo(a) solo(a), sin sus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ¿Qué tan fácil o difícil es tomar sus medicinas en la manera y tiempo correctos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Qué tan fácil o difícil es cuidar por usted mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ¿Qué tan fácil o difícil será hacer un transición/cambio hacia los médicos de adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	