

## AVISO IMPORTANTE SOBRE LA PRIVACIDAD

“Maine’s Health Partnership for Healthy Aging” y la agencia local que patrocina la clase de “Un Asunto de Equilibrio” utilizan la información que usted nos ha dado para mejorar el programa. Esta información también puede ser compartida con los investigadores que trabajan con “Un Asunto de Equilibrio”.

Los investigadores mantendrán su información confidencial. La información electrónica se mantendrá en archivos seguros en la computadora y la información en papel se guardará en una gaveta con llave.

**Doy permiso para que mi información se le de a los investigadores que asisten con el programa de evaluación y de mejoría de la calidad.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION SUPLEMENTAL DE LA SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Los investigadores de “Centers for Disease Control and Prevention (CDC)” quieren ponerse en contacto con algunos participantes del programa para hacerles preguntas adicionales sobre sus experiencias con el programa “Un Asunto de Equilibrio”.

Por favor firme abajo y ponga su número de teléfono si usted permite que se pongan en contacto con usted.

**Los investigadores del CDC\* pueden ponerse en contacto conmigo.**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: (        ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*El CDC es una entidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.



## UN ASUNTO DE EQUILIBRIO: Controlando el temor de caerse

### Encuesta para la primera clase

Fecha: (Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Por favor marque con una “x” la columna que corresponda para indicar cuan seguro se siente respecto a las siguientes actividades:

Actividad	Muy Seguro	Seguro	Algo Seguro	No seguro
1. Puedo encontrar la forma de levantarme si me caigo				
2. Puedo encontrar formas de reducir caídas				
3. Puedo protegerme a mi mismo si me caigo				
4. Puedo incrementar mi fuerza física				
5. Puedo mejorar la estabilidad cuando estoy de pie				

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto a interferido el miedo de caerse con sus actividades sociales normales con familia, amigos o vecinos?

Extremadamente ( )    Mucho ( )    Un poco ( )    Casi nada ( )    Nada ( )

Díganos cuanto esta caminando o haciendo ejercicios actualmente. Marque con una “x” solamente una de las casillas.

- No hago ejercicios ni camino regularmente en la actualidad, y no he intento comenzar ahora
- No camino ni hago ejercicio regularmente, pero estoy pensando empezar
- Estoy tratando de empezar a caminar y hacer ejercicios
- He hecho ejercicios o ido a caminar con poca frecuencia por más de un mes
- Estoy haciendo ejercicio moderado menos de tres veces por semana
- Estoy haciendo ejercicio moderado 3 o más veces por semana

*Continúe al dorso*

## Encuesta para la Primera Clase (continuación)

---

Las siguientes preguntas nos darán información general sobre usted:

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento    Mes \_\_\_\_    Día \_\_\_\_    Año \_\_\_\_
2. ¿Cuál es su Código Postal? \_\_\_\_\_
3. ¿Vive usted solo o con otras personas?
  - Solo
  - Con una persona
  - Con más de una persona
4. Es usted:     Hombre                     Mujer
5. ¿Cuál es su seguro de salud? (marque todos los correspondan)
  - Medicare
  - Medicaid
  - Privado
  - Ninguno
6. ¿Cómo se identifica en raza y/o etnia?
  - Hispano o Latino de raza blanca
  - Hispano o Latino de raza negra
  - Hispano o Latino (multi-racial)
  - Indígena
  - Caucásico (raza blanca)
  - Asiático
  - Otro, especifique.....
7. Por favor haga un círculo mostrando el grado más alto o año de educación que usted ha completado

No fue al colegio		Educación básica hasta nivel superior												Nivel Técnico o Universitario							
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8



## UN ASUNTO DE EQUILIBRIO: Manejando Inquietudes sobre Caídas

### Encuesta para la Última Clase

Fecha: (Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Por favor marque con una “x” la columna que corresponda para indicar cuán seguro se siente respecto a las siguientes actividades:

Actividad	Muy Seguro	Seguro	Algo Seguro	No seguro
8. Puedo encontrar la forma de levantarme si me caigo				
9. Puedo encontrar formas de reducir caídas				
10. Puedo protegerme a mi mismo si me caigo				
11. Puedo incrementar mi fuerza física				
12. Puedo mejorar la estabilidad cuando estoy de pie				

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto a interferido el miedo de caerse con sus actividades sociales normales con familia, amigos o vecinos?

Extremadamente ( )    Mucho ( )    Un poco ( )    Casi nada ( )    Nada ( )

Díganos cuanto esta caminando o haciendo ejercicios actualmente. Marque con una “x” solamente una de las casillas.

- No hago ejercicios ni camino regularmente en la actualidad, y no he intentado comenzar ahora
- No camino ni hago ejercicio regularmente, pero estoy pensando empezar
- Estoy tratando de empezar a caminar y hacer ejercicios
- He hecho ejercicios o ido a caminar con poca frecuencia por más de un mes
- Estoy haciendo ejercicio moderado menos de tres veces por semana
- Estoy haciendo ejercicio moderado 3 o más veces por semana

*Continúe al dorso*



## UN ASUNTO DE EQUILIBRIO: Controlando el temor de caerse

### HOLA DE EVALUACION

La fecha de hoy: Mes                      Día                      Año

---

Gracias por participar en “Un Asunto de Equilibrio.” Le solicitamos se tome unos minutos para completar este formato que nos ayudara a mejorar el programa. Le agradecemos anticipadamente su colaboración.

Por favor díganos que piensa de la clase de Un Asunto de Equilibrio. Marque con una “x” la respuesta que corresponda.

	Completamente de acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Los líderes estuvieron bien preparados				
2. Las clases estuvieron bien organizadas				
3. El libro de trabajo me ayudó a entender mejor la clase				
4. Como resultado de esta clase, me siento más cómodo hablando con otros sobre mi temor de caerme				
5. Como resultado de esta clase, yo he hecho cambios en mi entorno				
6. Como resultado de esta clase, me siento más cómodo aumentando mi actividad				
7. Como resultado de esta clase, yo planeo continuar haciendo ejercicios				
8. Yo recomendaría esta clase a mis amigos y/o parientes				

*Por favor, continúe al dorso*

A Matter of Balance Volunteer Lay Leader Model (Un Asunto de Equilibrio) MaineHealth’s Partnership for Healthy Aging. Esta adaptación se usa con permiso de la Universidad de Boston.

9. Es usted:  Hombre  Mujer

10. ¿Cuántos años tiene?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 60 años | <input type="checkbox"/> 75 – 79 años  |
| <input type="checkbox"/> 60-64 años       | <input type="checkbox"/> 80 – 84 años  |
| <input type="checkbox"/> 65-65 años       | <input type="checkbox"/> 85 – 89 años  |
| <input type="checkbox"/> 70 – 74 años     | <input type="checkbox"/> 90 años o más |

¿Que otros cambios ha hecho usted como resultado de esta clase?

¿Tiene alguna otros comentario o sugerencia?