Revised 8/20/23

Illinois Pathways to Health by AgeOptions

# Tomando Control (Encuesta Final/ Post-Survey)

**Número o nombre del participante *(Name)*:** _____

**ID del taller *(Workshop ID)*:** _____ **Nombre del lugar *(Site)*:** _____

**Fecha de inicio del taller *(Start Date)*:** _____ / _____ / _____ (por ejemplo, 05/01/23)

**Nombre del programa:**

☐ Tomando Control de su Salud *(TCH)*
☐ Tomando Control de su Dolor *(TCP)*
☐ Tomando Control de su Diabetes *(TCD)*
☐ Cáncer: Triunfando y Sobreviviendo *(CTS)*
☐ Tomando Control de su Salud en el trabajo *(Spanish Workplace CDSMP)*

---

1. En general, ¿dirías que tu salud es?: *(General Health)*

☐ Excelente *(Excellent)* ☐ Muy buena *(Very Good)* ☐ Buena *(Good)*
☐ Estable *(Fair)* ☐ Mala *(Poor)*

2. ¿Qué tan seguro(a) estás de que puedes manejar tu condición para hacer las cosas que necesitas y quieres hacer (Manage Condition)

| Totalmente inseguro(a) *(Totally Unsure)* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Totalmente Seguro(a) *(Totally Sure)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

3. ¿Con qué frecuencia te sientes solo(a)? *(Lonely)*

☐ Siempre *(Always)* ☐ Frecuentemente *(Often)* ☐ A veces *(Sometimes)*
☐ Raramente *(Rarely)* ☐ Nunca *(Never)*

4. ¿Con qué frecuencia te sientes aislado(a) de los que te rodean? (Isolated)

☐ Siempre *(Always)* ☐ Frecuentemente *(Often)* ☐ A veces *(Sometimes)*
☐ Raramente *(Rarely)* ☐ Nunca *(Never)*

5. Desde que comenzó este taller, ¿qué has hecho para manejar tu(s) condición(es) crónica(s)? **Marca todas las que correspondan.** *(What have you done to manage condition)*

☐ Hablé con un familiar o amigo sobre mi salud *(Talked to a family member or friend)*
☐ Hablé con un proveedor de atención médica sobre cómo puedo manejar mejor mi condición crónica *(Talked to a healhcare provider)*
☐ Un proveedor de atención médica o farmacéutico revisó mis medicamentos *(Reviewed medications)*
☐ Comencé a hacer ejercicio o continué haciendo ejercicio *(Exercised)*

☐ Hice cambios en la forma en que elijo la comida que como *(Diet change)*

☐ Participo o planeo participar en otro programa relacionado a la salud o al ejercicio en mi comunidad *(Community program)*

6. ¿Cómo calificarías tu satisfacción general con la calidad del taller? (Quality of program)

☐ Muy insatisfecho(a) *(Very Dissatisfied)* ☐ Insatisfecho(a) *(Dissatisfied)* ☐ Bien *(Okay)*
☐ Satisfecho(a) *(Satisfied)* ☐ Muy satisfecho(a) *(Very Satisfied)*

7. Desde que comenzó este taller, he puesto en práctica las habilidades que aprendí para: **Marca todas las que correspondan.** (Applied skills)

| | |
|---|---|
| ☐ | Manejar emociones como el estrés, la depresión, la ira, el miedo o la frustración *(Manage emotions)* |
| ☐ | Controlar el dolor, la fatiga u otros síntomas de mi(s) condición(es) crónica(s) *(Manage pain)* |
| ☐ | Aumentar mi fuerza, flexibilidad, resistencia o condición física en general *(Increase strength)* |
| ☐ | Hacer una lista de medicamentos que incluya todos los medicamentos actuales, las dosis y las fechas en que los empecé a tomar *(Medication list)* |
| ☐ | Resolver un problema o asunto que estaba experimentando en mi vida *(Solve a problem)* |
| ☐ | Ayudar a otra persona a usar una técnica que aprendí en este programa (Help someone) |

8. ¿Qué tan probable es que recomiendes este taller a un amigo o familiar? *(Recommendation)*

| No es nada probable *(Not at all likely)* | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sumamente probable *(Extremely likely)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

9. ¿Estarías dispuesto(a) a compartir tu historia para ayudar a otras personas a obtener acceso a estos talleres? *(Share Story)* ☐ Sí *(Yes)* ☐ No

10. ¿Qué fue lo más valioso para ti de este taller? *(Most valuable in this program)*

_____

_____

_____

11. Por favor, proporciona cualquier pensamiento o comentario sobre el(los) facilitador(es) del taller: *(Leader feedback)*

_____

_____

_____