

Nombre o número del participante (*Name*): _____

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

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

Nombre del programa:

- Un Asunto de Balance (*MOB*)
- Tai Chi para la artritis y la prevención de caídas (*Tai Chi*)
- Bingocize®

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

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

2. ¿Con qué frecuencia te sientes solo(a) o aislado(a) de los que te rodean? (*Lonely or isolated*)

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

Las siguientes preguntas se refieren a las caídas. Por una caída, nos referimos a cuando una persona cae involuntariamente al piso o un nivel inferior.

3. Desde que inició el programa, ¿cuántas veces te has caído?

- Ninguna vez _____ veces (*Number of times fallen*)

Si te caíste desde que el programa inicio:

- a. ¿Cuántas de estas caídas te causaron una herida? (Una herida se refiere a una caída que causó que limitaras tus actividades regulares durante al menos un día o que fueras con el doctor).

_____ número de caídas que te causaron una herida (*Number of injuries*)

- b. ¿Le informaste a alguien sobre la caída (a un miembro de tu familia, a un amigo(a), a tu proveedor de cuidados médicos), aún cuando la caída te haya provocado una herida o no? (*Tell anyone*)

- Sí (*Yes*) No

- c. ¿Qué pasó después de que caíste? (Por favor marca todas los que apliquen) (*What happened after fall*)

- Fui a la sala de emergencias (*ER*) Me internaron en el hospital (*Admitted to Hospital*)
- Fui con mi doctor(a) (*Physician*) No busqué atención médica (*Did not seek care*)

Prevención de Caídas (Encuesta Final/ Post-Survey)

4. ¿Qué tanto temes de caerte? (*Fear of falling*)

- Nada (*Not at all*)
 Un poco (*A little*)
 Algo (*Somewhat*)
 Mucho (*A lot*)

5. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿hasta qué punto la preocupación por caerte ha interferido con tus actividades sociales con familiares, amigos, vecinos u otros grupos? (*Interfered with activities*)

- Nada (*Not at all*)
 Ligeramente (*Slightly*)
 Moderadamente (*Moderately*)
 Bastante (*Quite a bit*)
 Extremadamente (*Extremely*)

6. Por favor marca con una **X** para decirnos qué tan seguro(a) estás de que puedes tomar las siguientes acciones:

	No del todo seguro(a) (<i>Not at all</i>)	Algo seguro(a) (<i>Somewhat</i>)	Neutral	Seguro(a) (<i>Sure</i>)	Muy seguro(a) (<i>Very Sure</i>)
a. Puedo encontrar la manera de levantarme si me caigo (<i>Get up</i>)					
b. Puedo encontrar la manera de reducir las caídas (<i>Reduce falls</i>)					
c. Puedo protegerme si me caigo (<i>Flexibility</i>)					
d. Puedo aumentar mi fuerza física (<i>Strength</i>)					
e. Puedo mantenerme más estable de pie (<i>Steady on feet</i>)					

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu nivel de actividad física semanal? (*Activity Level*)

- Vigorosamente activo(a) *al menos 30 minutos, tres veces por semana* (*Vigorous*)
 Moderadamente activo(a) al menos tres veces por semana (*Moderate*)
 Raramente activo(a), prefiriendo actividades sedentarias (*Seldom*)

8. Por favor marca con una **X** para decirnos lo que piensas sobre este programa. (*Program Thoughts*)

Como resultado de participar en este programa:	Totalmente de acuerdo (<i>Strongly Disagree</i>)	En desacuerdo (<i>Disagree</i>)	Ni de acuerdo o en desacuerdo (<i>Neither</i>)	De acuerdo (<i>Agree</i>)	Totalmente de acuerdo (<i>Strongly Agree</i>)
a. Me siento más cómodo(a) hablando con mi proveedor de atención médica sobre mis medicamentos y otros posibles riesgos de caídas. (<i>Comfortable talking to provider</i>)					

	Totalmente de acuerdo <i>(Strongly Disagree)</i>	En desacuerdo <i>(Disagree)</i>	Ni de acuerdo o en desacuerdo <i>(Neither)</i>	De acuerdo <i>(Agree)</i>	Totalmente de acuerdo <i>(Strongly Agree)</i>
b. Me siento más cómodo(a) hablando con mi familia y amigos sobre las caídas. <i>(Comfortable talking to family/friends)</i>					
c. Me siento más cómodo(a) aumentando mi actividad física. <i>(Comfortable increasing activity)</i>					
d. Me siento más satisfecho(a) con mi vida. <i>(Satisfied with life)</i>					
e. Recomendaría este programa a un amigo o a un familiar. <i>(Recommend program)</i>					
f. He reducido el miedo a caerme. <i>(Reduced)</i>					
g. Planeo continuar haciendo ejercicio. <i>(Plan to continue to exercise)</i>					
h. He hecho modificaciones de seguridad en mi casa como instalar barras de apoyo o asegurar alfombras sueltas. <i>(Made safety modifications)</i>					

9. Desde que inició este programa, ¿qué has hecho para reducir las posibilidades de una caída? **Selecciona todas las que apliquen.** *(What have you done to reduce chance of fall)*

- Hablé con un familiar o amigo acerca de cómo puedo reducir el riesgo de una caída *(Talked to family)*
- Hablé con un proveedor de atención médica sobre cómo puedo reducir el riesgo de una caída *(Talked to provider)*
- Me revisaron la vista *(Vision checked)*
- Un médico o farmacéutico revisó mis medicamentos *(Reviewed medications)*
- Participé o planeo participar en otro programa de prevención de caídas en mi comunidad *(Participated in community program)*

10. Escala de Soledad de la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles): *(Loneliness)*

	Casi nunca <i>(Hardly ever)</i>	Parte del tiempo <i>(Some of the time)</i>	Seguido <i>(Often)</i>
a. Con qué frecuencia sientes que te hace falta compañía? <i>(Lack companionship)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Con qué frecuencia te sientes excluido(a)? <i>(Left out)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con qué frecuencia te sientes aislado(a) de los demás? <i>(Isolated)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prevención de Caídas (Encuesta Final/ Post-Survey)

11. La clase me ayudó a alcanzar las metas que establecí en mi(s) plan(es) de acción: *(Achieve goals)*

Sí No

12. ¿Estarías dispuesto(a) a compartir tu historia para ayudar a otras personas a obtener acceso a estos programas?
(Share story)

Sí No

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

14. Por favor, comparte cualquier comentario sobre los facilitadores del programa: *(Leader feedback)*

15. Por favor, comparte cualquier comentario sobre los facilitadores del programa: *(Other info)*
