



MESA FU26

Participant  
Tracking Spanish

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:

Month

Day

Year

Gracias por participar en esta encuesta de MESA. El primer conjunto de preguntas le pide que verifique su información de contacto.

1. Revise los números de teléfono y la dirección de correo electrónico que tenemos para usted. Para cada uno, verifique que la información sea correcta o seleccione "Eliminar este número" si debe eliminarse.

Participant phone numbers:

Teléfono de  
casa :

☐

Está correcto

☐

Borrar este número

Teléfono del  
trabajo :

☐

Está correcto

☐

Borrar este número

Teléfono  
celular :

☐

Está correcto

☐

Borrar este número

Email:

☐

Está correcto

☐

Borrar este número

¿Tiene usted un nuevo número de teléfono para agregar?

- ☐ Sí
- ☐ No

a. ¿Cuál es su nuevo número de teléfono? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué tipo de número de teléfono es este?

- ☐ Teléfono de casa
- ☐ Teléfono celular
- ☐ Teléfono del trabajo

¿Tienes una nueva dirección de correo electrónico para agregar?

- ☐ Sí
- ☐ No

a. ¿Cuál es tu nueva dirección de correo electrónico? \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto (marque todas las que correspondan)?

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Texto



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

¿Todavía vive usted en:

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

☐ Sí

☐ No → ¿Vive usted en los Estados Unidos?

☐ Sí

☐ No → ¿En qué ciudad y país vive usted?

Ciudad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

¿En qué mes y año se mudó usted a esa dirección?

Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una dirección de correo diferente?

☐ Sí

☐ No

a. ¿Cuál es su dirección de correo?

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

¿Tiene usted un hogar secundario donde pasa 4 o más semanas al año?

- ☐ Sí →  
☐ No

¿Cuál es la dirección de su hogar secundario?

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a usar esta dirección secundaria?

Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

A continuación, revisaremos los contactos que usted ha nombrado en caso de que no podamos comunicarnos con usted en el futuro. Revisemos esa información.

**Si se proporcionan contactos:** A continuación, revisaremos los contactos que ha nombrado en caso de que no podamos comunicarnos con usted en el futuro. Repasemos su información.

**Si no se proporcionan los contactos:** ¿Tiene una persona de contacto que podamos agregar a su registro de MESA en caso de que no podamos comunicarnos con usted en el futuro?

¿Le gustaría conservar la persona de contacto que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

1) Nombre del contacto

\_\_\_\_\_

1) Inicial del segundo nombre de contacto

\_\_\_\_\_

1) Apellido de contacto

\_\_\_\_\_

1) Segundo apellido de contacto

\_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle a [Contact name] un folleto o boletín para informarles sobre MESA y su papel como su persona de contacto para MESA? Si dice que sí, les enviaremos un boletín a la dirección que proporcionó.

☐ Sí ☐ No

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante?

☐ Sí  
☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

¿Le gustaría conservar la persona de contacto que se indica a continuación?

☐ Sí ☐ No

#### Contact 2:

2) Nombre del contacto

2) Inicial del segundo nombre de contacto

2) Apellido de contacto

2) Segundo apellido de contacto

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante?

☐ Sí ☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |

¿Le gustaría conservar la persona de contacto que se indica a continuación?

☐ Sí ☐ No

#### Contact 3:

3) Nombre del contacto

3) Inicial del segundo nombre de contacto

3) Apellido de contacto

3) Segundo apellido de contacto

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante?

☐ Sí ☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

¿Le gustaría conservar la persona de contacto que se indica a continuación?

☐ Sí ☐ No

#### Contact 4:

4) Nombre del contacto

4) Inicial del segundo nombre de contacto

4) Apellido de contacto

4) Segundo apellido de contacto

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante?

☐ Sí ☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |

¿Le gustaría conservar la persona de contacto que se indica a continuación?

☐ Sí ☐ No

#### Contact 5:

5) Nombre del contacto

5) Inicial del segundo nombre de contacto

5) Apellido de contacto

5) Segundo apellido de contacto

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante?

☐ Sí ☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

Teléfonos de contacto:

Teléfono de casa del contacto:

Teléfono del trabajo del contacto:

Teléfono celular del contacto:

Correo electrónico del contacto:

Dirección:

Ciudad :

Estado :

Zip:

¿Esta persona puede proporcionar información sobre su estado de salud a MESA? ☐ Sí ☐ No

#### New Contact Person

¿Tiene otra persona de contacto que le gustaría agregar a sus registros? ☐ Sí ☐ No

Nombre del contacto

Inicial del segundo nombre de contacto

Apellido de contacto

Segundo apellido de contacto

¿Este contacto completó la encuesta MESA para el participante? ☐ Sí ☐ No

Relación con el/la participante:

- |                                 |                               |                              |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposa(o) | <input type="radio"/> Hijo    | <input type="radio"/> Tía    | <input type="radio"/> Suegro    | <input type="radio"/> Nieta         |
| <input type="radio"/> Hermana   | <input type="radio"/> Hija    | <input type="radio"/> Cuñado | <input type="radio"/> Amigo(a)  | <input type="radio"/> Nieto         |
| <input type="radio"/> Hermano   | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Cuñada | <input type="radio"/> Vecino(a) | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Madre     | <input type="radio"/> Sobrina | <input type="radio"/> Primo  | <input type="radio"/> Yerno     | <input type="radio"/> Otro(a)       |
| <input type="radio"/> Padre     | <input type="radio"/> Tío     | <input type="radio"/> Suegra | <input type="radio"/> Nuera     |                                     |

**Proveedor de Atención Médica**

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

1) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

1) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

1) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

1) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

1) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

1) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No

**Proveedor de Atención Médica 2**

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

2) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

2) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

2) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

2) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

2) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

2) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No

**Proveedor de Atención Médica 3**

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

3) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

3) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

3) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

3) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

3) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

3) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No

**Proveedor de Atención Médica 4**

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

4) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

4) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

4) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

4) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

4) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

4) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No





### Proveedor de Atención Médica 5

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

5) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

5) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

5) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

5) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

5) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

5) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No

### Proveedor de Atención Médica 6

¿Le gustaría mantener el proveedor de atención médica que se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Revise y actualice la información de contacto de este proveedor de atención médica.

6) Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

6) Apellido del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

6) Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

6) Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

6) Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

6) ¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

☐ Sí

☐ No



## MESA FU26

### Participant Tracking Spanish

#### New Health Care Provider

¿Tiene algún nuevo proveedor de atención médica que le gustaría agregar?

- ☐ Sí  
☐ No

Nombre del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

Apellido del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

Título del proveedor de atención médica (MD, PA, etc.) \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del proveedor de atención médica (nombre de la clínica u hospital) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría enviar los resultados del examen MESA a este proveedor de atención médica?

- ☐ Sí  
☐ No