



MESA FU27

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 FU27
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 FU27

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

¿Este contacto completó la encuesta MESA para
el participante?

- ☐ Sí
- ☐ No

Relación con el/la participante:

☐ Esposa(o)

☐ Hijo

☐ Tía

☐ Suegro

☐ Nieta

☐ Hermana

☐ Hija

☐ Cuñado

☐ Amigo(a)

☐ Nieto

☐ Hermano

☐ Sobrino

☐ Cuñada

☐ Vecino(a)

☐ Otro pariente

☐ Madre

☐ Sobrina

☐ Primo

☐ Yerno

☐ Otro(a)

☐ Padre

☐ Tío

☐ Suegra

☐ Nuera



MESA FU27

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 FU27

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 FU27

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 | |



MESA FU27

Participant
Tracking Spanish

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



MESA FU27
Participant
Tracking Spanish

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



MESA FU27

Participant
Tracking Spanish

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 FU27
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