

ANEXO 1
USANZA DE MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA POR PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN YUCATÁN
ENCUESTA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA DEL HGR No. 1 IMSS

Entrevistado Clave: _____ Entrevistador: _____ Fecha de la entrevista: _____

[illegible]

B. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR PROFESIONALES O EXPERTOS. QUISIERA PREGUNTAR SOBRE TRATAMIENTOS QUE HAYA RECIBIDO DE PARTE DEL PROFESIONAL O EXPERTO.

[illegible]

C. USO DE MEDICAMENTOS A BASE DE HIERBAS Y SUPLEMENTOS DIETÉTICOS. ADEMÁS DE LOS MEDICAMENTOS QUE LE PRESCRIBEN LOS MÉDICOS, ALGUNAS PERSONAS UTILIZAN GRAN VARIEDAD DE OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD, COMO POR EJEMPLO MEDICAMENTOS A BASE DE HIERBAS Y SUPLEMENTOS DIETÉTICOS QUE PUEDEN SER COMPRIMIDOS, CÁPSULAS, O LÍQUIDOS (TÉS, TINTURAS, JARABES, INFUSIONES, ETC.)

[illegible]

Otro Especificar:	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
D. PRÁCTICAS PERSONALES QUE PROMUEVAN EL BIENESTAR. ADEMÁS DE LOS MEDICAMENTOS QUE PRESCRIBEN LOS MÉDICOS ALGUNAS PERSONAS SUELEN UTILIZAR DIFERENTES TIPOS DE PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA SALUD. HA REALIZADO ALGUNA DE ÉSTAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES																
En los últimos 12 meses ¿ha realizado prácticas personales como?	Si	No	No. de veces en los últimos 3 meses?	Cuál fue el motivo principal por el que Ud. realizó la práctica _____ por última vez?							Cuan beneficioso le resultó la realización de la práctica _____? ¿Diría que....?					
				Por un problema de salud agudo, es decir, uno que duró menos de un mes	Un problema de salud crónico, es decir, uno que duró más de un mes, ya sea para tratar el problema en sí, o sus síntomas	Para mejorar su bienestar	Otra, por favor especificar	No corresponde	No sabe	No contesta	Muy beneficioso	Algo beneficioso	Para nada beneficioso	No corresponde	No sabe	No contesta
1. Mediatación	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
2. Yoga	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
3. Qi Gong (Chi Kung)	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
4. Tai Ji Quan (Tai Chi Chuan)	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
5. Técnicas de relajación	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
6. Visualización	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Otro Especificar: _____	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
OTRA INFORMACION								Efectos adversos al uso de MAC								
Momento de inicio de uso de CAM () Antes de DP () Después de DP								SI () NO ()								
¿Ha informado a su médico el uso de medicina alternativa y/o complementaria? SI () NO ()								Tipo de efectos adversos percibidos: () Gastrointestinales () Sistema nervioso () Dermatológico () toxicológicos () en vías urinarias								

Informa a su médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Recomendado por:
Razones por las que no informa a su médico	<input type="checkbox"/> Médico institucional <input type="checkbox"/> Médico particular <input type="checkbox"/> Otros profesionales de la salud <input type="checkbox"/> otros pacientes
<input type="checkbox"/> No me pregunta <input type="checkbox"/> No es necesario <input type="checkbox"/> temor a desaprobación <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Publicidad/medios de comunicación <input type="checkbox"/> Otros