

SELF-REPORTED HEALTH LITERACY

SPANISH	ENGLISH
<p>Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su experiencia con información escrita que podría recibir en esta clínica. Por favor trate de contestarlas lo mejor que pueda.</p> <p>1. ¿Qué tan seguido tiene usted, un familiar, un amigo(a), un empleado(a) del hospital o la clínica u otra persona que le ayude a leer materiales del hospital?</p> <p style="padding-left: 40px;">5 SIEMPRE 4 SEGUIDO 3 ALGUNAS VECES 2 RARAMENTE 1 NUNCA</p> <p>2. ¿Qué tan seguido tiene problemas aprendiendo sobre su condición médica porque es difícil entender información escrita?</p> <p style="padding-left: 40px;">5 SIEMPRE 4 SEGUIDO 3 ALGUNAS VECES 2 RARAMENTE 1 NUNCA</p> <p>3. ¿Qué tan seguro(a) se siente al llenar formas usted solo(a)?</p> <p style="padding-left: 40px;">1 EXTREMADAMENTE 2 MUCHO 3 ALGO 4 UN POCO 5 PARA NADA</p>	<p>1. How often do you have someone like a family member, friend, hospital or clinic worker or caregiver, help you read hospital materials? DO NOT READ SCALE UNLESS NECESSARY</p> <p style="padding-left: 40px;">5 Always 4 Often 3 Sometimes 2 Rarely 1 Never [Don't know] [Refuse]</p> <p>2. How often do you have problems learning about your medical condition because of difficulty understanding written information? ? DO NOT READ SCALE UNLESS NECESSARY</p> <p style="padding-left: 40px;">5 Always 4 Often 3 Sometimes 2 Rarely 1 Never [Don't know] [Refuse]</p> <p>3. How confident are you filling out medical forms by yourself? READ LIST 1-5</p> <p style="padding-left: 40px;">1 Extremely 2 Quite a bit 3 Somewhat 4 A little 5 Not at all [Don't know] [Refuse] [Does not apply, I don't fill out forms]</p>