

Cuestionario sobre Salud de la Piel y Acceso a Cuidado Dermatológico

1. Edad: _____

2. Sexo asignado al nacer:

- Masculino
- Femenino
- Prefiero no decir

3. Raza:

- Blanca
- Negra o afrodescendiente
- Asiática
- Indígena o nativa
- Otra (especificar): _____

4. Etnicidad:

- Hispano o latino
- No hispano o latino
- No estoy seguro

5. País de nacimiento: _____

6. Métodos de protección solar (marca todas las que apliquen):

- Uso de protector solar con SPF (Factor de Protección Solar) 30 o superior
- Uso de sombrero o gorra
- Uso de ropa con protección solar (UPF)
- Evitar la exposición al sol entre las 10 a.m. y las 4 p.m.
- No uso de métodos de protección solar

7. ¿Con qué frecuencia utilizas métodos de protección contra el sol escogidos en la pregunta anterior?

- Nunca los uso
- Menos de una vez por semana
- De una a tres veces por semana
- Más de tres veces por semana

8. Conocimiento actual sobre el cáncer de piel:

- Muy informado
- Informado
- Poco informado
- No informado

9. ¿Cuántas insolaciones (enrojecimiento, inflamación, sensación de calor y, en casos más graves, ampollas o burbujas y descamación de la piel) en tu vida has tenido aproximadamente?

- Ninguna
- 1-2
- 3-5
- Más de 5

10. Padecimientos dermatológicos previamente diagnosticados (marca todas las que apliquen):

- | | |
|--|--|
| - <input type="checkbox"/> Acné | - <input type="checkbox"/> Urticaria |
| - <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica o eccema | - <input type="checkbox"/> Dermatitis herpetiforme |
| - <input type="checkbox"/> Dermatitis de contacto | - <input type="checkbox"/> Dermatitis perioral |
| - <input type="checkbox"/> Dermatitis seborreica | - <input type="checkbox"/> Dermatitis numular |
| - <input type="checkbox"/> Psoriasis | - <input type="checkbox"/> Paniculitis |
| - <input type="checkbox"/> Rosácea | - <input type="checkbox"/> Pénfigo |
| - <input type="checkbox"/> Queratosis actínica | - <input type="checkbox"/> Alopecia areata |
| - <input type="checkbox"/> Vitiligo | - <input type="checkbox"/> Celulitis |
| - <input type="checkbox"/> Liquen plano | - <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| - <input type="checkbox"/> Molusco contagioso | - <input type="checkbox"/> Ninguno |
| - <input type="checkbox"/> Hiperhidrosis | |

11. Historial de cáncer de piel en sí mismo o familiar inmediato (marca todas las que apliquen):

- Cáncer de piel diagnosticado en mí mismo/a
- Cáncer de piel diagnosticado en padre/madre
- Cáncer de piel diagnosticado en hermano/a
- Cáncer de piel diagnosticado en otro pariente cercano. Especifique _____
- Ningún historial de cáncer de piel en mí mismo/a o en familiares cercanos

12. ¿Has visitado anteriormente un dermatólogo aquí en Puerto Rico?

- Sí
- No, porque no lo he necesitado
- No, porque no he conseguido cita
- No, porque falta demasiado tiempo para mi cita

13. ¿Te has sometido a procedimientos dermatológicos? (marca todas las que apliquen):

- Biopsia de piel
- Crioterapia (eliminación de lesiones cutáneas mediante congelación)
- Cirugía de Mohs (procedimiento quirúrgico para el cáncer de piel por un cirujano)
- Tratamiento con láser
- Exfoliación química (peeling químico)
- Inyecciones de botox o rellenos dérmicos (filler)
- Terapia fotodinámica
- Terapia con luz pulsada intensa (IPL)
- Microdermoabrasión

- Terapia de luz ultravioleta (UV)
- No, nunca me he sometido a procedimientos dermatológicos

14. ¿Qué dificultades has enfrentado al conseguir cuidado dermatológico? (marca todas las que apliquen):

- Tiempo de espera largo para conseguir una cita: _____ (tiempo de espera)
- Disponibilidad limitada de dermatólogos en mi área
- Costo elevado de la consulta
- Costo elevado del tratamiento
- Falta de acceso a servicios dermatológicos en mi plan médico
- Barreras de idioma o comunicación con el personal médico
- Falta de transporte para llegar a la oficina dermatológica
- Estigma o discriminación relacionados con problemas de la piel
- No he enfrentado dificultades para conseguir cuidado dermatológico
- Otra dificultad (especificar): _____

15. ¿Por qué razón asiste a nuestra clínica hoy? (marca todas las que apliquen):

- Examen de rutina de la piel
- Tratamiento de una afección dermatológica existente
- Segunda opinión médica sobre un diagnóstico previo
- Seguimiento de un procedimiento dermatológico anterior
- Consejería sobre prevención del cáncer de piel
- Consulta sobre el uso de productos para el cuidado de la piel
- Receta o renovación de medicamentos dermatológicos
- Evaluación de lesiones cutáneas nuevas o preocupantes
- Consulta sobre procedimientos cosméticos dermatológicos
- Referido de otro médico o especialista
- Otro motivo (especificar): _____

16. ¿Cómo afecta esta clínica dermatológica tu acceso al cuidado de la salud? (marca todas las que apliquen):

- Facilita mi acceso al cuidado de la salud dermatológica
- Me proporciona atención médica de calidad
- Está ubicada en una zona accesible para mí
- Cuenta con un horario conveniente
- Tiene un personal médico y administrativo amigable y servicial
- Facilita mi acceso al ser libre de costo
- Puedo recibir cuidado aunque no tenga plan médico
- Brinda servicios en varios idiomas para una mejor comunicación
- Ofrece educación y recursos sobre el cuidado de la piel
- No afecta significativamente mi acceso al cuidado de la salud dermatológica
- No he utilizado los servicios de esta clínica dermatológica

¡Gracias por completar este cuestionario!