

Institutional Review Board
NYU School of Medicine

Veteran's Administration Hospital
Physical Address: 423 East 23rd Street | 10th Floor, West Wing | NY, NY 10010
Mailing Address: 550 1st Avenue | #VET 10th Floor, West Wing | NY, NY 10016



Amendment: Approved

29-Apr-2008

Measuring Patient Outcomes after an Obesity Curriculum for Residents: A Comparison of 3 Different Methods.

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|---------------|--|
| Principal Investigator | Dr. Jay, Melanie | Review Type | Expedited <input type="checkbox"/> Amendment |
| Phone | | Submitted | 23-Apr-2008 |
| IRB# | 08-151 | Email | melanie.jay@med.nyu.edu |
| Location(s) Used | OTHER (specified in Overview) | Perf. Period | - |
| Review Date | 29-Apr-2008 | Board/Meeting | Board B on 20-May-2008 |
| Sponsor | HSRA Academic Medicine Fellowship- | Subjects | 250 (total) 250 (approved) |

The New York University School of Medicine's Institutional Review Board (IRB) is in receipt of your latest submission for the above-referenced study. The submission was reviewed by the IRB on 29-Apr-2008 and the current IRB Status is: Approved.

The following documents are approved for use:

Revised English Patient Survey
Revised Spanish Patient Survey

RE: H#08-151
Elan Czeisler
Director, Institutional Review Board (IRB)
OHRP #FWA00004952

29-Apr-2008

Notes:

1. You must submit all changes to this study (e.g., protocol, recruitment materials, consent forms, etc.) in writing to the IRB for review and approval prior to initiation of the change(s), except where necessary to eliminate apparent immediate hazards to the subject(s). Changes made to eliminate apparent immediate hazards to subjects must be reported to the IRB within 24 hours.
2. You must report all adverse and/or unanticipated event(s) that occur during the course of this study to IRB in writing in accordance with IRB Policy.
3. Use only IRB-approved copies of your consent form(s), questionnaire(s), letter(s), advertisement(s), etc. in your study. Do not use expired consent forms.
4. You must inform all research staff listed on this study of changes or adverse events which occur.
5. IRB's approval is valid until the end date of the performance period indicated above. A reminder for renewal should be e-mailed to you from the IRB 90, 60 and 30 days before this study's approval is scheduled to expire. However, you are responsible for submitting all renewal materials at least eight weeks before expiration regardless of whether or not you receive a reminder notice.
6. All IRB policy documents can be found on our website: <http://www.med.nyu.edu/irb/>
7. Prior to initiating an IRB-approved study, you must receive written approval from an authorized representative for each site where your study will take place. Key contacts are:
 - o NYU Hospital Center (Tisch Hospital/Rusk Institute/Co-op Care/HJD/Cancer Center) Kevin Kirchen, VP, Tisch Hospital Administration. 212-263-5806
 - o Bellevue Hospital Mr. Anand Veereraj, Research Administrator, Bellevue Hospital Research Committee. 212-562-4176; Ms. Setlra Simmons, Research Administrator, Bellevue Hospital Research Committee. 212-562-7075
 - o GCRC (General Clinical Research Center) Hal Rosenblatt, Research Grants Coordinator. 212-263-7900; 212-263-8040

Please Note: Prior to commencement of any research related activities at BHC as a site you MUST receive BHC and HHC approval. For any questions related to research at BHC contact their research office at 212-562-6711 (see above).

The IRB may terminate studies that are not in compliance with NYU Medical Center/School of Medicine Policies & Procedures and the requirements of the Institution's Federal Wide Assurance with the Federal Government. Direct IRB questions, correspondence and forms (e.g., continuing reviews, amendments, adverse events, etc.) to phone 212-263-4110, fax 212-263-4147 or email IRB-info@med.nyu.edu.

New York University School of Medicine's Institutional Review Board
550 First Avenue | #VET 10th Floor, West Wing | New York, NY 10016
phone 212-263-4110 | fax 212-263-4147 | email IRB-info@med.nyu.edu | web <http://www.med.nyu.edu/irb>
The NYU SoM IRB operates in accordance with Good Clinical Practices (GCP) and applicable laws and regulations

Patient ID #:

Date of Survey:

Resident ID#:

draft 7 – 4/11/2008

OBESITY COUNSELING EXIT INTERVIEW

We'd like to ask you some questions about your health care focusing mostly on the visit you just had with your doctor. Everything you tell us will be kept confidential. We're asking patients about their health care so we can help teach doctors to be as effective as possible. The first part of this questionnaire should only take a few minutes....

1. Before we begin, tell me a little bit about the doctor you saw today:

What was his/her name?

Do you consider Dr. _____ to be your primary physician? Yes No

How many times have you seen Dr. _____ before today?

- None
(First Time)
- Only Once
Before
- 2 – 3 Times
- 4 – 10 Times
- 11 – 20 Times
- More than 20
Times

Would you recommend this doctor to a friend or family member?

- No
- Recommend but
With Reservations
- Recommend
- Highly
Recommend

2. For how long have you been getting medical care at Gouverneur?

- First Visit
- Less than a
month
- 1 – 6 mos
- 6+ months
- a year or more
- up to 5 yrs
- 5+ yrs

GENERAL SATISFACTION WITH HEALTH CARE AT GOUVERNEUR

The next few questions focus on the medical care you've generally received at Gouverneur. (If this is your first visit at Gouverneur, answer these questions thinking about this visit.)

3. How satisfied are you with the medical care you receive at Gouverneur?

- Not at all Satisfied
- Only a Little Satisfied
- Somewhat Satisfied
- Very Satisfied

4. How often are the people who treat you at Gouverneur in too much of a hurry?

- Never
- Once in A While
- Sometimes
- Always

5. How hard is it to get an appointment for medical care when you need it?

- Not at all Hard
(it's easy)
- Only a Little Bit Hard
- Somewhat Hard
- Very Hard
(it's impossible)

6. How long do you usually have to wait to see the doctor once you get to Gouverneur?

- Not Long At All
- Only a Little Bit Long
- Somewhat Long
- Much Too Long

7. Do staff members at Gouverneur treat you with courtesy and respect?

- No
(they're disrespectful)
- Only a Little Respectful
- Somewhat Respectful
- Very Respectful

8. How careful are the doctors to check everything when they treat and examine you?

- Not at All Careful
- Only a Little Careful
- Somewhat Careful
- Very Careful

NYUSOM
IRB APPROVED
04/29/2008

INFORMATION ABOUT THIS VISIT

I'd like to ask you a few questions about the visit you just finished....

9. What did you and your doctor talk about today? [PROBE: Anything else?]

10. How satisfied are you with your visit with your doctor today?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Not at all Satisfied | Only a Little Satisfied | Somewhat Satisfied | Very Satisfied |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Did the doctor give you every chance to talk about your problems or concerns?

- | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------|---|
| No (didn't let me talk) | Only a Little (only gave a little bit of a chance to talk) | Somewhat of A Chance | Very Much of a Chance (gave me every chance) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Did the doctor show a genuine interest in you?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| No (no interest in me) | Only A Little Interest | Some Interest in Me | Very Much Interested in Me |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Did the doctor give you the information you wanted?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Not at All | Only Gave Me a Little of the Info I Wanted | Some of the Info I Wanted | Gave Me All of the Info I Wanted |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Did the doctor check to make sure you understood everything?

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| No, didn't check at all | Checked at least 1 thing | Checked for some things | Checked everything |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Did the doctor give you opportunities to ask all of the questions you had?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| No (I wasn't able to ask ?s) | I was only able to ask a few questions | I was able to ask some of my questions | I was able to ask all of my questions |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Did the doctor ask you what thought about the next steps regarding your care?

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|
| No, didn't ask me at all | Only asked me if I had ?s | Asked me what I thought about some of next steps | Asked me what I thought about all of the next steps |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMED CONSENT PROCESS FOR PATIENT

INFORMATION ABOUT YOU

Now that we've talked a lot about your doctor, we'd like to ask some questions about you so that we can better understand how doctors work with different patients. These questions will focus a lot on diet and exercise and weight management because that's one of the areas where we want to try and improve doctors' effectiveness.

17. Tell us a little bit about your plans. How true is each of the following statements...?

- | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Not at All True of Me | Only a Little True | Somewhat True | Very True of Me |
| In the next month, I have a specific plan to get more exercise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In the next month, I have a specific plan to eat healthier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. How true is each of the following statements of you...

| | Not at All True of Me | Only a Little True | Somewhat True | Very True of Me |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| In the past month, I have been actively trying to lose weight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In the past month, I have been actively trying to keep from gaining weight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are you seriously thinking about trying to reach your target weight in the next 6 months? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you maintained your desired weight for more than 6 months? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Did you and your doctor discuss your weight today?

No Yes → What did you discuss?

→How much of the visit was spent talking about weight?

| Only a Little Bit of Visit | Some of the Visit | Most of the Visit | All of the Visit |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Did your doctor tell you that you should lose weight?

No Yes → Did you discuss how much weight you should lose?

→ No Yes → How much weight? _____ lbs

Do you think you can lose that much weight? No Yes

21. Has this doctor ever advised you to lose weight in the past?

No Yes → Did he/she follow up on your past conversation regarding your weight? No Yes

→ Has any doctor advised you to lose weight in the past? No Yes

22. Did your doctor ask you any of the following?

| | No | Yes | <i>I Don't Remember</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a if you're trying to lose weight? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b how important you think it is to try and lose weight? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c you how confident you are that you can lose weight? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Did your doctor ask you about or discuss your diet (what you eat) today?

No Yes → Did your doctor discuss making changes in your diet with you today?

→ No Yes →

What changes?

23. b. Did your doctor ask you to list or write down everything you have eaten in the past twenty-four hours or in a typical day?

No Yes

24. Did your doctor ask you about or discuss exercise today?

No Yes → Did your doctor discuss making changes in how much you exercise?

No Yes →

What changes?

25. Did your doctor help you set goals (make specific plans) to improve your diet, exercise more?

No Yes

What specific plans or goals did you make/set?

How much were you involved in setting these goals?

Not at All Only a Little Somewhat Very Involved

Do you think it's realistic that you'll meet these goals?

Not at All Only a Little Somewhat Very Involved

26. Did your doctor talk with you about how to deal with the kinds of things, like stress, temptation, finding time, that make it hard for you to lose weight (exercise, eat healthy)?

Not at All

Only a Little

Somewhat

A lot

What kinds of things did you discuss?

27. How motivated are you to make changes related to your weight?

Not at All

Only a Little

Somewhat

Very Motivated

28. Did your doctor tell you when he or she wanted to see you again to follow up?

No Yes → When did he/she tell you to come back?

within a month

1-3 months

4-6 months

1 year

29. Did your doctor refer you to any of the following?

weight management clinic

No Yes I Don't Remember

community supports like Overeaters Anonymous

nutritionist

other SPECIFY _____

30. Please indicate how much you agree or disagree with how true each of the following statements is for you:

| | | Strongly Disagree | Somewhat Disagree | Somewhat Agree | Strongly Agree | Not Applicable |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | When all is said and done, I am the person who is responsible for managing my weight problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | Taking an active role in my own health care is the most important factor in determining my health and ability to function | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | I am confident that I can take actions that will help prevent or minimize some symptoms or problems associated with my weight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d | I am confident that I can tell when I need to go get medical care and when I can handle a health problem myself | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e | I am confident I can tell my health care provider concerns I have even when he or she does not ask | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f | I am confident that I can follow through on the diet and exercise recommendations my doctor makes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g | I understand the nature and causes of my weight problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h | I know the different treatment options available for my weight problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i | I have been able to maintain the lifestyle changes that I have made in the past | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j | I am confident that I can maintain lifestyle changes, like diet and exercise, even during times of stress | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k | I am confident that I can figure out solutions when new situations or problems arise with my weight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l | I exercise regularly | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m | I usually pay attention to fat in my diet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n | I usually control portions (eat less of what's on my plate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o | I eat plenty of fruits and vegetables every day | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Please tell me how confident you are you that you could do the following:

| | | Not at All Confident | Only a Little Confident | Somewhat Confident | Very Confident | Not Applicable |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | I could chose healthy food that would help me lose weight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | I could exercise (e.g., walking) regularly (most days of the week) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | I could control the amount of food I eat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Overall, how would you rate your health during the past 4 weeks?

Very Poor Poor Fair Good Very Good Excellent

33. During the past 4 weeks, how much....

| | | Not at All | Very Little | Somewhat | Quite a lot | Not Applicable |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a | did your physical health problems limit your usual physical activities (such as walking or climbing stairs)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | difficulty did you have doing your daily work, both at home and away from home, because of your physical health? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. How much bodily pain have you had during the past four weeks?

None Very Mild Mild Moderate Severe Very Severe

35. During the past four weeks, how much energy did you have?

None A Little Some Quite a Lot Very Much

36. During the past four weeks, how much did your physical health or emotional problems limit your usual social activities with family or friends?

Not at All Very Little Somewhat Quite a Lot Very Much

37. During the past four weeks, how much have you been bothered by emotional problems (such as feeling anxious, depressed or irritable)?

Not at All Slightly Moderately Quite a Lot Extremely

38. During the past four weeks, how much of the time have you felt downhearted or depressed?

None of the Time A Little Some Most of the Time All of the Time

39. During the past four weeks, how much did personal or emotional problems keep you from doing your usual work, school, or other daily activities?

Not at All Slightly Moderately Quite a Lot Extremely

40. Do you have any of the following conditions?

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|
| obesity | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> Yes | → Do you take any medications for this? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> Yes | → Do you take any medications for this? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| high cholesterol | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> Yes | → Do you take any medications for this? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| high blood pressure | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> Yes | → Do you take any medications for this? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| arthritis | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Sure | <input type="checkbox"/> Yes | → Do you take any medications for this? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

a. How often do you take your medications as indicated?

Not at All A Little of Time Some of the Time All of the Time

b. How well are you doing in managing this (these) conditions?

Not at all Well Only A Little Bit Well Somewhat Managing Managing Very Well

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Do you take any other medications? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | →What medications? What for? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

41. How often do you have someone help you read materials or pamphlets or information related to your health or health care in English?

Never Occasionally Sometimes Often Always

42. How confident are you filling out medical and health forms by yourself in English?

Not at All Only a Little Somewhat Quite Confident Extremely

A FEW LAST QUESTIONS ABOUT YOUR BACKGROUND....

43. Are you ...

- Single
- Married or in marriage-like relationship
- Separated/Divorced
- Widowed
- OTHER

Specify: _____

44. What level of school did you complete?

- less than high school
- high school or GED
- college
- graduate school

45. What language do you consider to be your primary language (e.g., spoken the most in your household)?

- English
- Spanish
- Both English and Spanish

46. What language was used in this visit? [Probe: English? Spanish? Both?]

47. What do you think was your doctor's primary language? (If don't know, what's your best guess?)

48. Do you identify yourself as Hispanic or Latino/a? No Yes

49. How would you classify ...

- your race/ethnicity? Are you...?**
- Black or African or Caribbean American
- White or Caucasian
- Asian
- American Indian or Alaska Native
- OTHER: _____

ENTREVISTA FINAL SOBRE EL SERVICIO DE ASESORAMIENTO PARA LA OBESIDAD

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su atención médica, centrándonos especialmente en la visita que ha realizado a su médico. Todo lo que nos diga será confidencial. Estamos consultando a los pacientes sobre el servicio de atención médica para lograr que los médicos sean más eficaces. La primera parte de este cuestionario solo durará unos pocos minutos...

1. Antes de comenzar, por favor cuénteme un poco acerca del médico que visitó hoy:

¿Cómo se llamaba?

¿Usted considera que el Dr. /la Dra. _____ es su médico principal? Sí No

¿Cuántas veces ha visitado al Dr./a la Dra. _____ antes de la visita de hoy?

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ninguna (Primera vez) | Solo una vez | 2 – 3 veces | 4 – 10 veces | 11 – 20 veces | Más de 20 veces |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Le recomendaría este médico a un amigo o miembro de su familia?

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| No | Lo recomendaría pero con reservas | Lo recomendaría | Sí, es muy recomendable |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuánto hace que está recibiendo servicios médicos en Gouverneur?

| | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Primera visita | Menos de un mes | 1 – 6 meses | Más de 6 meses | Un año o más | hasta 5 años | Más de 5 años |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN GOUVERNEUR

Las próximas preguntas se centran en la atención médica que ha recibido en Gouverneur.

(Si esta es su primera visita en Gouverneur, por favor responda a estas preguntas pensando en esta visita).

3. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la atención médica que recibió en Gouverneur?

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Para nada satisfecho(a) | Solo un poco satisfecho(a) | Algo satisfecho(a) | Muy satisfecho(a) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Con qué frecuencia ha notado que las personas que lo atienden en Gouverneur tienen mucha prisa?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | De vez en cuando | A veces | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Qué tan difícil es pedir una cita médica para recibir atención médica cuando la necesita?

| | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Para nada difícil (es fácil) | Solo un poco difícil | Algo difícil | Muy difícil (es imposible) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Cuánto tiempo debe esperar normalmente para ver al médico una vez que está en Gouverneur?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nada | Solo un poco | Algo | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Considera que el personal de Gouverneur lo trata con cortesía y respeto?

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|
| No (son irrespetuosos) | Son solo un poco respetuosos | Son algo respetuosos | Son muy respetuosos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Qué tan cuidadosos son los médicos de examinar todos los aspectos cuando lo(a) están tratando y examinando?

Para nada cuidadosos

Solo un poco cuidadosos

Algo cuidadosos

Muy cuidadosos

INFORMACIÓN SOBRE *ESTA VISITA*

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la visita que ha realizado hoy...

9. ¿De qué habló con su médico hoy? [INDAGAR: ¿Algo más?]

10. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su visita médica hoy?

Para nada satisfecho(a)

Solo un poco satisfecho(a)

Algo satisfecho(a)

Muy satisfecho(a)

11. ¿El médico le dio la posibilidad de hablar sobre sus problemas o preocupaciones?

No
(no me dejó hablar)

Solo un poco
(me dio muy pocas
posibilidades)

Me dio algunas
posibilidades

Sí (me dio todas las
posibilidades)

12. ¿Considera que el médico mostró un interés genuino en usted?

No
(no mostró interés en mí)

Solo un poco de interés

Mostró algo de interés

Mostró mucho interés
en mí

13. ¿Considera que el médico le dio toda la información que usted esperaba?

Para nada

Solo
me dio una parte de la
información que
esperaba

Me dio algo de la
información
que esperaba

Me dio toda la
información
que esperaba

14. ¿El médico verificó que usted hubiera entendido todo?

No, no lo verificó

Verificó al menos 1
punto

Verificó algunos puntos

Verificó todo

15. ¿El médico le dio la posibilidad de hacer todas las preguntas que deseaba?

No
(no tuve la posibilidad de
preguntar)

Pude hacer muy pocas
preguntas

Solo pude hacer algunas
de mis preguntas

Pude hacer todas mis
preguntas

16. ¿El médico le preguntó qué pensaba sobre sus planes para el futuro con respecto a su atención médica?

No, no me preguntó nada

Solo me preguntó si yo
tenía preguntas

Me preguntó qué
pensaba sobre algunos
de mis planes para el
futuro

Me preguntó qué
pensaba sobre todos
mis planes para el futuro

PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Ahora que ya hemos hablado bastante sobre su médico, me gustaría hacerle algunas preguntas personales para que podamos comprender mejor de qué forma los médicos trabajan con los distintos pacientes. Estas preguntas se centrarán principalmente en su dieta y ejercicios y en el control de peso porque esa es una de las áreas en las cuales queremos mejorar la eficacia de los médicos.

17. Cuéntenos un poco sobre sus planes. ¿Qué grado de certeza posee cada una de las siguientes afirmaciones...?

| | No es cierto | Un poco cierto | Algo cierto | Muy cierto |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Para el próximo mes, tengo un plan específico para hacer más ejercicio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para el próximo mes, tengo un plan específico para alimentarme de forma más saludable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. ¿Qué grado de certeza posee cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted...?

| | No es cierto | Un poco cierto | Algo cierto | Muy cierto |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| El último mes, he intentado bajar de peso activamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El último mes, he intentado no engordar activamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha pensado seriamente en intentar alcanzar su meta respecto a su peso en los próximos 6 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha logrado mantener su peso deseado por más de 6 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. ¿Habló con su médico acerca de su peso en la visita de hoy?

No Sí → ¿Sobre qué hablaron?

→ ¿Cuánto tiempo de la visita se dedicó a hablar sobre el peso?

| Solo parte de la visita | Algo de la visita | La mayor parte de la visita | Toda la visita |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. ¿Su médico mencionó que usted debería bajar de peso?

No Sí → ¿Hablaron sobre cuántas libras debería bajar?

→ No Sí → ¿Cuántas libras? _____ libras

¿Cree que puede bajar esa cantidad de libras? No Sí

21. ¿En el pasado, este médico le aconsejó que bajara de peso?

No Sí → ¿Habló de su conversación previa sobre el peso? No Sí

→ ¿Alguna vez un médico le aconsejó que bajara de peso? No Sí

22. ¿El médico le hizo alguna de las siguientes preguntas?

| | No | Sí | No me acuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿El médico le preguntó si usted está tratando de bajar de peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿El médico le preguntó qué importancia cree que tiene intentar bajar de peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿El médico le preguntó qué tan seguro(a) se siente de poder bajar de peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. ¿El médico le preguntó o le habló sobre su dieta (lo que usted come) en la visita de hoy?

No Sí → ¿Su médico habló con usted sobre cambios específicos que debe hacer en su dieta en la visita de hoy?

No Sí →

¿Cuáles son los cambios?

23. b. El médico le preguntó decir o escribir toda lo que ha comido en las últimas 24 horas o durante un día típica?

No Yes

24. ¿El médico le preguntó o le habló sobre actividad física en la visita de hoy?

No Sí → ¿Su médico mencionó cambios específicos en la cantidad de actividad física?

No Sí →

¿Cuáles son los cambios?

25. ¿El médico le ayudó a fijar metas específicas para mejorar su dieta y hacer más ejercicio?

No Sí

¿Cuáles son?

¿Qué participación tuvo usted en la fijación de estas metas?

Ninguna **Poca** **Alguna** **Mucha**

¿Considera estas metas realistas?

Para nada **Un poco** **Algo** **Muy**

26. ¿El médico mencionó la forma de sobrellevar algunas situaciones (el estrés, la tentación, la falta de tiempo) que hacen que pueda ser difícil para usted bajar de peso (hacer ejercicio, alimentarse saludablemente)?

| Para nada | Un poco | Algo | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Por ejemplo? | | | |

27. ¿Qué tan motivado(a) se encuentra para realizar las modificaciones relacionadas con su peso?

Nada Un poco Algo Muy motivado

28. ¿El médico mencionó cuándo quería verlo de nuevo para hacer un seguimiento?

No Sí → ¿En cuánto tiempo le pidió que regresara? dentro de un mes 1 – 3 meses 4 – 6 meses 1 año

29. ¿El médico le recomendó o le dio información sobre alguno de los siguientes servicios?

| | No | Sí | No me acuerdo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| clínica de control de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| grupos de apoyo comunitarios, como Comedores Compulsivos Anónimos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nutricionista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| otro <i>DETALLAR</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con el grado de certeza de cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted:

| | | Totalmente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Algo de acuerdo | Totalmente de acuerdo | No corresponde |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A | Cuando está todo dicho, yo soy la persona encargada de controlar mis problemas de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | Lograr la participación activa en mi propia atención médica es el factor más importante para tomar decisiones sobre mi salud y mi capacidad de desempeño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C | Estoy seguro(a) de que puedo tomar medidas que me ayudarán a evitar o a minimizar algunos síntomas o problemas asociados con mi peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D | Estoy seguro(a) de que puedo darme cuenta del momento en que debo obtener atención médica y cuándo puedo manejar un problema de salud solo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E | Estoy seguro(a) de que puedo transmitirle a mi médico las preocupaciones que tengo aunque este no me pregunte nada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F | Estoy seguro(a) de que puedo cumplir con las recomendaciones de dieta y ejercicios realizadas por mi médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G | Comprendo la naturaleza y las causas de mis problemas de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H | Conozco las diferentes opciones de tratamiento disponibles para tratar mis problemas de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I | He podido mantener los cambios en mi estilo de vida realizados en el pasado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J | Estoy seguro(a) de que puedo mantener los cambios en mi estilo de vida, por ejemplo cosas asociadas con mi dieta y ejercicio, aún en momentos de estrés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K | Estoy seguro(a) de que puedo encontrar soluciones cuando se presenten nuevos problemas o situaciones relacionados con mi peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L | Practico ejercicio con regularidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M | Normalmente presto atención al contenido de grasas de mi dieta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | Totalmente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Algo de acuerdo | Totalmente de acuerdo | No corresponde |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N | Normalmente controlo las porciones (como menos de lo que hay en mi plato) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O | Como muchos vegetales y frutas todos los días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Por favor, indique qué tan seguro(a) se siente de poder hacer las siguientes cosas:

| | | Para nada seguro (a) | Un poco seguro (a) | Algo seguro(a) | Muy seguro(a) | No corresponde |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Podría elegir alimentos saludables que me ayudarían a bajar de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Podría hacer ejercicio (caminar) regularmente (casi todos los días de la semana) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Podría controlar la cantidad de alimentos que ingiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. En términos generales ¿cómo valoraría su salud durante las últimas 4 semanas?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena Excelente

33. Durante las últimas 4 semanas...

| | | Nada | Un poco | Algo | Bastante | No corresponde |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | ¿En qué medida sus problemas de salud físicos limitaron sus actividades físicas normales (como caminar o subir las escaleras)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | ¿Qué grado de dificultad tuvo al cumplir con sus trabajos diarios, tanto en su hogar como fuera de casa, a causa de su salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. ¿Qué grado de dolor corporal sintió en las últimas cuatro semanas?

Ninguno Muy leve Leve Moderado Intenso Muy intenso

35. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta energía sintió?

Nada Un poco Algo Bastante Mucha

36. Durante las últimas 4 semanas, ¿de qué forma su salud física o los problemas emocionales dificultaron sus actividades sociales con amigos o parientes?

Para nada Muy poco Algo Bastante Mucho

37. Durante las últimas 4 semanas, ¿Qué tan preocupado(a) se ha sentido por problemas emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión o irritabilidad)?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

38. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado(a) o deprimido(a)?

Nada Un poco Algo Casi todo el tiempo Todo el tiempo

39. Durante las últimas 4 semanas, ¿los problemas personales o emocionales le impidieron realizar su trabajo, asistir al colegio u otras actividades diarias normales?

Para nada Un poco Moderadamente Bastante Extremadamente

40. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

| | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| obesidad | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| colesterol alto | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| hipertensión | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| artritis | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Toma algún medicamento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

a. ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos según lo indicado?

Nunca En alguna ocasión Algunas veces Siempre

b. ¿Qué tan bien le va en el manejo de estas condiciones?

Para nada bien Un poco bien Más o menos bien Muy bien

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ¿Toma otros medicamentos? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | → ¿Qué medicamento(s)? ¿Para qué? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

41. ¿Con qué frecuencia necesita alguien que le ayuda a leer material, folletos o información relacionada con su salud o con su atención médica cuando esos materiales están en español?

Nunca Ocasionalmente A veces Con frecuencia Siempre

41.b. ¿Con qué frecuencia necesita alguien que le ayude a leer material, folletos o información relacionada con su salud o con su atención médica cuando esos materiales están en inglés?

Nunca Ocasionalmente A veces Con frecuencia Siempre

42. ¿Se siente seguro(a) al completar los formularios médicos y de salud sin ayuda cuando están en español?

Para nada Un poco Algo Bastante seguro Extremadamente

42. b. ¿Se siente seguro(a) al completar los formularios médicos y de salud sin ayuda cuando están en inglés?

Para nada Un poco Algo Bastante seguro Extremadamente

ÚLTIMAS PREGUNTAS SOBRE USTED...

43. Usted es...

- Soltero(a)
- Casado(a) o relación similar
- Separado(a)/Divorciado(a)
- Viudo(a)
- OTRO

Detallar: _____

44. ¿Qué nivel de educación ha alcanzado?

- menos de educación secundaria
- educación secundaria o GED
- educación universitaria
- estudios de posgrado

45. ¿Cuál considera que es su idioma principal (el que se habla con más frecuencia en su hogar)?

46. ¿Qué idioma se utilizó durante esta visita? [Indagar: ¿inglés? ¿español? ¿ambos?]

47. ¿Cuál cree que es el idioma principal de su médico? _____

48. ¿Usted se siente identificado como hispano(a) o latino(a)? No Sí

49. ¿Cómo clasificaría...

Su raza/etnia? Usted es...

- De raza negra, afroamericana o caribeño-americana
- Blanco o caucásico
- Asiático
- Indio americano o nativo de Alaska
- OTRO(A): _____