

**Instrucciones:** Rellene cada círculo completamente tal como se indica en el siguiente ejemplo:

De esta forma: ●

De esta forma NO: ✓

✗

/

**Instrucciones.** Lea cada frase e indique si está "Totalmente en Desacuerdo", "En Desacuerdo", "Algo en Desacuerdo", "Algo de Acuerdo", "De Acuerdo", "Totalmente de Acuerdo".

Como resultado de la sesión de hoy	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Algo de Acuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Yo estoy más informado/a acerca de la importancia de tomar mis medicamentos como ha sido señalado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo soy más consciente de los peligros del uso inadecuado de medicamentos con receta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Obtuve información relevante para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yo recomendaría esta sesión a un/a amigo/a o colega.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Instrucciones.** Por favor, indique si es "Muy Improbable", "Improbable", "Poco Improbable", "Poco Probable", "Probable", "Muy Probable" que usted realice las siguientes acciones, como resultado de su participación en la sesión de hoy.

Como resultado de la sesión de hoy	Muy Improbable	Improbable	Poco Improbable	Poco Probable	Probable	Muy Probable
5. Voy a tener más cuidado al leer las etiquetas de mis medicamentos con receta y de venta libre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Voy a consultar a un médico si tengo preguntas sobre mis medicamentos con receta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Voy a guardar los medicamentos con receta en un lugar seguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Voy a tener más cuidado cuando use medicamentos con receta en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Voy a mantener un registro actualizado de mis medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. No voy a mezclar medicamentos sin consultar con mi farmacéutico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Le voy a contar a mi farmacéutico de todos los medicamentos con receta que estoy tomando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Le voy a contar a mi médico de todos los medicamentos con receta que estoy tomando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. No voy a compartir mis medicamentos con receta con los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Yo no tomaría un medicamento con receta que no haya sido recetado para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Voy a guardar los medicamentos fuera del alcance de los niños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Yo me deshaceré correctamente de los medicamentos recetados cuando ya no los necesite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Datos Demográficos.** Por favor, lea cada frase y rellene el círculo que mejor lo describe.

17. Usted es: ☐ Hombre ☐ Mujer

18. ¿Cuántos años tienes?

☐ Menos de 60 ☐ 60-69 ☐ 70-79 ☐ 80-89 ☐ 90-99 ☐ 100 o más

19. Por favor indique su raza/etnicidad

☐ Múltiples razas ☐ Asiático Americano ☐ Otro: (por favor especifique)  
☐ Afro-Americano ☐ Hispano/Latino \_\_\_\_\_  
☐ Caucásico ☐ Indígena Americano

20. ¿En qué rol atendió esta sesión? (marque todas las alternativas que apliquen):

☐ Paciente ☐ Profesional de la salud ☐ Consejero  
☐ Cuida a adulto mayor ☐ Farmacéutico ☐ Otro: (por favor especifique)  
\_\_\_\_\_

Por favor, siéntase libre de hacer cualquier otro comentario que desee hacer acerca de su experiencia en este programa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---