**Encuesta para Evaluar la Necesidad de una Herramienta de Seguimiento de Enfermedades Crónicas**

1. **Datos Generales**
	* Nombre:
	* Edad:
	* Género:
	* Tipo de enfermedad crónica o condición médica compleja:
2. **Estado de Salud Actual**
	* ¿Cómo describiría su estado de salud actual?
		+ Excelente
		+ Bueno
		+ Regular
		+ Malo
		+ Muy Malo
3. **Frecuencia de Síntomas**
	* ¿Con qué frecuencia experimenta síntomas relacionados con su enfermedad?
		+ Diariamente
		+ Semanalmente
		+ Mensualmente
		+ Raramente
4. **Manejo de Medicamentos**
	* ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos según lo prescrito?
		+ Siempre
		+ La mayoría de las veces
		+ A veces
		+ Raramente
		+ Nunca
5. **Visitas Médicas**
	* ¿Con qué frecuencia visita a su médico o especialista para seguimiento de su enfermedad?
		+ Más de una vez al mes
		+ Mensualmente
		+ Cada tres meses
		+ Anualmente
		+ Solo cuando es necesario
6. **Monitoreo de Signos Vitales**
	* ¿Monitorea regularmente sus signos vitales (presión arterial, nivel de azúcar en sangre, etc.)?
		+ Sí, diariamente
		+ Sí, ocasionalmente
		+ No, pero me gustaría empezar
		+ No, no creo que sea necesario
7. **Tecnología en el Cuidado de la Salud**
	* ¿Utiliza alguna aplicación o dispositivo para monitorear su salud?
		+ Sí
		+ No
		+ No, pero estoy interesado(a) en usar uno
8. **Educación y Comprensión de la Enfermedad**
	* ¿Considera que tiene suficiente información y comprensión sobre su enfermedad y su manejo?
		+ Sí, totalmente
		+ Sí, en parte
		+ No, me gustaría saber más
		+ No, no tengo suficiente información
9. **Apoyo Emocional**
	* ¿Siente que tiene suficiente apoyo emocional y psicológico para manejar su enfermedad?
		+ Sí
		+ A veces
		+ No, me gustaría tener más apoyo
		+ No, no necesito apoyo emocional
10. **Interés en Herramientas de Seguimiento**
	* ¿Estaría interesado(a) en utilizar una herramienta digital para el seguimiento y manejo de su enfermedad?
		+ Sí, definitivamente
		+ Sí, posiblemente
		+ No estoy seguro(a)
		+ No, no estoy interesado(a)