



Taking Medicine—What Gets in the Way?

Think about all of the medicines you take. Mark one answer for each item below.

INCONVENIENCE/ FORGETFULNESS



Lifestyles

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1 I just forget to take my medicines some of the time.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 I run out of my medicine because I don't get refills on time.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Taking medicines more than once a day is inconvenient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TREATMENT BELIEFS



Attitudes and Beliefs

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
4 I feel confident that each one of my medicines will help me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 I know if I am reaching my health goals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Help From Others



6 I have someone I can call with questions about my medicines.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Talking With Healthcare Team



7 My doctor/nurse and I work together to make decisions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

BEHAVIOR



Taking Medicines

Have You...

	In the last week	In the last month	In the last 3 months	More than 3 months ago	Never
8 Taken a medicine more or less often than prescribed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Skipped or stopped taking a medicine because you didn't think it was working?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Skipped or stopped taking a medicine because it made you feel bad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Skipped, stopped, not refilled, or taken less medicine because of the cost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Not had medicine with you when it was time to take it?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If you checked any answers in the dark blue boxes, talk with your doctor or healthcare professional.



Factores que obstaculizan el uso de medicamentos

Piense en todos los medicamentos que toma y marque una respuesta para cada frase.

INCOMODIDAD / OLVIDO



Estilo de vida

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 Simplemente a veces me olvido de tomar los medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Los medicamentos se me acaban porque no renuevo la receta a tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Es inconveniente tomar medicamentos más de una vez al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONFIANZA EN EL TRATAMIENTO



Actitudes y creencias

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
4 Estoy seguro de que cada uno de los medicamentos me ayudará.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Sé si estoy alcanzando mis metas de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Otros recursos de ayuda

6 Tengo a quién acudir si tengo preguntas sobre mis medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------



Hablar con el equipo de atención médica

7 Trabajo junto con mi médico y enfermeras para tomar decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

CONDUCTA



Tomar medicamentos

¿Usted ha...	La semana pasada	El mes pasado	En los últimos 3 meses	Hace más de 3 meses	Nunca
8 tomado un medicamento con mayor o menor frecuencia que la indicada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 omitido o suspendido un medicamento porque pensó que no funcionaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 omitido o suspendido un medicamento porque le hacía sentirse mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 omitido, suspendido, no renovado o tomado menos medicamento a causa del costo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 olvidado llevar el medicamento con usted cuando debía tomarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si marcó alguna respuesta en las casillas de color azul oscuro, consulte con su médico o profesional de atención médica.