

Estimado Cliente.

La ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CENTROS MÉDICO-PSICOTÉCNICOS (ASECEMP) ha puesto en marcha esta iniciativa destinada a conocer algunos efectos que la singular experiencia del confinamiento/COVID-19 ha tenido sobre la población en general.

Agradeceremos dedique unos minutos a responder a las preguntas que se plantean. Los cuestionarios son ANÓNIMOS y los resultados serán divulgados para general conocimiento, tras su análisis. A través de nuestra web [www.asecemp.org](http://www.asecemp.org).

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha \_\_\_\_\_ Localidad / Código Postal \_\_\_\_\_

**Sexo**

- Masculino  
 Femenino

**Rango de Edad**

- 18-29       30-39       40-49       50-59  
 60-69       70-79       >79

**REFERIDO AL PERIODO DE CONFINAMIENTO:**

1. Exprese de 1 a 10 lo duro que le ha resultado el confinamiento siendo 10 el máximo:

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

2. Nº de personas con las que ha convivido: \_\_\_\_\_

3. ¿En algún momento temió estar infectado a causa de algún síntoma? Sí  No

4. ¿Ha utilizado los Servicios de Salud? Sí  No

5. ¿Le han aplicado pruebas de detección de Covid-19? Sí  No

6. Señale si han existido cambios en este periodo referidos a los CONSUMOS de:

	-	=	+
Medicamentos			
Alcohol			
Café / Té			
Comida en Gral.			
Aperitivos			
Dulces / Chocolate			
Bebidas No Alcohólicas			

6b. ¿Es usted fumador/a? Sí  No

6b. Si es fumador... señale si han existido cambios en este periodo referidos al consumo de tabaco. -  =  +

7. ¿Ha variado su PESO? Aumentó  Disminuyó  Sin cambios significativos

8. ¿Ha tenido problemas de SUEÑO? Sí  No

9. Respecto de sus ESTADOS de ÁNIMO. Ha sentido episodios de:

	Sí	No	No sé
ANSIEDAD por la SALUD			
ANGUSTIA por limitación de la libertad de salir			
DEPRESIÓN			
IRRITABILIDAD			
OTROS MIEDOS			
CLAUSTROFOBIA o sensación de AHOGO			
INCERTIDUMBRE SOBRE EL FUTURO			

10. ¿Considera que el COVID-19 alterará significativamente nuestra forma de vida? Sí  No

11. En su ocio durante el confinamiento, qué promedio de horas diarias a dedicado a VER

TV \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

12. ¿Ha teletrabajado en este periodo? Sí  No

13. ¿Ha tenido algún problema de salud atribuible al confinamiento? Sí  No

## REFERIDO A LA SEGURIDAD VIAL

14. ¿Considera adecuadas y suficientes las pruebas efectuadas? Sí  No  No sé

15. ¿Considera se le ha dedicado el tiempo suficiente? Sí  No  No sé

16. ¿Cree que los reconocimientos periódicos ayudan a la Seguridad Vial? Sí  No  No sé

17. ¿Cree que la Seguridad Vial ha mejorado los últimos años? Sí  No  No sé

18. ¿Tendría inconveniente en que los Facultativos del Centro accedieran a la información sobre la medicación prescrita en su Tarjeta Sanitaria? Sí  No  No sé

19. ¿Con qué periodicidad considera deben ser reconocidos los mayores de 70 años?

1 año  2 años  3 años  4 años  5 años

20. ¿Considera adecuadas las medidas higiénicas aplicadas por el Centro?

Sí  No

21. ¿Qué valoración hace del servicio recibido? (del 1 al 10, siendo 1 muy malo y 10 muy bueno)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## COMENTARIOS y SUGERENCIAS:

---

---

---

---