

TFRC Baseline Survey

1. CI del Taller: _____
2. Nombre: _____ Numero de Celular: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Dirección del Correo Electrónico: _____
3. Que tipo de trabajo realiza? Bombero Policía de Trafico Chofer de Taxi Chofer
 Estudiante de Medicina Enfermera Doctor Otro _____
 - a. Si es chofer, cual es su línea de transporte? _____
 - b. Si es bombero, cual es su área? _____
 - c. Si es medico profesional, cual es su especialidad? _____
4. Cuantos años ha sido trabajando en su actividad actual? <1 anos 1-5 anos 6-10 anos >10 anos
5. Que nivel de educación que ha finalizado? Ninguno Solo Primaria Secundaria Universitario
6. Tiene algún entrenamiento en Manejo Inicial de Trauma previo? Si No
 - a. Si tiene, que habilidades ha aprendido? Evaluación Inicial: ABCs Triage Como Levantar y Mover
 Otros: _____
7. Tiene acceso a algún equipo de primeros auxilios? Si No
 - a. Si tiene, que tipo de equipo? Gaza Guantes Tijeras Vendas Otros: _____
 - b. Si tiene, quisiera tener otro equipo mas? _____
8. Cuando transporta al paciente, utiliza una tabla? Si No
 - a. Si usa, con cuanta frecuencia? _____
9. Alguna vez ha comprado un equipo de primeros auxilios? Si (inciso a) No (inciso b)
 - a. Si compró, cuanto le costó? _____
 - b. Si no compró, cuanto hubiera querido pagar por el equipo de primeros auxilios con guantes, gaza y vendas?

Ahora, vamos a preguntarle acerca de los tipos de emergencias medicas que usted ha visto. Esta sección tiene dos partes. La primera parte tiene que ver con gente herida que probablemente ha visto.

10. Durante los 6 meses pasados, cuantas emergencias (incluyendo muertes) ha visto? _____ (Si la respuesta es 0, salta a la pregunta 12)
11. Desde el inicio de este año, ha visto gente que tenía lesiones de:
 Choque automovilístico. Si ha visto, indique cuantas personas: _____
 Quemaduras por cualquier causa (ej, fuego, líquidos calientes, explosión, electricidad). Si ha visto, indique cuantas personas: _____
 Atraco con o sin armas. Si ha visto, indique cuantas personas: _____
 Caídas. Si ha visto, indique cuantas personas: _____
 Otro tipo de lesión (por ejemplo lesiones de trabajo). Si ha visto, indique que tipo de lesiones: _____
cuantas personas: _____

TFRC Baseline Survey

- a. Brindó usted algún tipo de ayuda a estas personas? Si No (Si no, responde el inciso ii)
- i. Si brindaste ayuda, hiciste alguna de estas:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluar si la persona esta respirando | <input type="checkbox"/> Evaluar si la persona está sangrando |
| <input type="checkbox"/> Hacer el triage | <input type="checkbox"/> Ayudar a levantar/mover |
| <input type="checkbox"/> Poner férula a alguna fractura | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
- ii. Si no, por favor responda si alguna de las siguientes razones afectaron su disponibilidad para ayudar:
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> No sabía que tipo de ayuda medica se necesitaba |
| <input type="checkbox"/> No se sentía seguro para ayudar |
| <input type="checkbox"/> No tenía equipo para brindar ayuda |
| <input type="checkbox"/> Tenía otras responsabilidades y no podía quedarse para ayudar |
| <input type="checkbox"/> Estaba viajando y no podía detenerse |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
- b. Llevó usted a alguno de estos pacientes al hospital? Si No
- i. Por favor, anote cuantas personas: _____
- ii. Por favor, anote a que hospital usualmente lleva a los pacientes: _____
- c. Llevó a alguno de estos pacientes a algún centro de salud? Si No
- i. Por favor, anote donde los llevó: _____
- ii. Por favor, diga cuantas pacientes: _____
- d. Algunas de estas personas murieron antes de trasladarlas a algún centro de salud o al hospital? Si No
- i. Cuantas personas: : _____

Ahora, la segunda parte tiene que ver si usted vio problemas médicos aparte de las lesiones.

12. Desde el inicio de este año, ha visto gente:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Que estaba inconciente |
| <input type="checkbox"/> Que tenía convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Que repentinamente colapsó |
| <input type="checkbox"/> Que tenía fiebre alta |
| <input type="checkbox"/> Que estaba en contracciones o que tenía un problema de embarazo |
| <input type="checkbox"/> Que tenía problemas de respiración |
| <input type="checkbox"/> Que tenía diarrea |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

(Si la respuesta es 0, siga a la pregunta 13)

- a. Brindó usted algún tipo de ayuda a éstas personas? Si (inciso i) No (inciso ii)
- i. Si brindó ayuda, hizo alguna de éstas:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluar si la persona está respirando | <input type="checkbox"/> Evaluar si la persona está sangrando |
| <input type="checkbox"/> Evaluar si existen signos de lesiones | <input type="checkbox"/> Ayudar a levantar/mover |
| <input type="checkbox"/> Ayudar al parto | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

TFRC Baseline Survey

ii. Si no, por favor responde si alguna de las siguientes razones afectaron su disponibilidad para ayudar:

- No sabía que tipo de ayuda medica se necesitaba
- No se sentía seguro para ayudar
- No tenía equipo para brindar ayuda
- Tenía otras responsabilidades y no podía quedarse para ayudar
- Estaba viajando y no podía detenerse
- Otra: _____

b. Llevó usted a alguno de estos pacientes al hospital? Si No

i. Por favor, anote cuantas personas: _____

ii. Por favor, anote a que hospital usualmente lleva a los pacientes: _____

c. Llevó a alguno de estos pacientes a algún centro de salud? Si No

i. Por favor, anote donde los llevó: _____

ii. Por favor, diga cuantas pacientes: _____

d. Algunas de estas personas murieron antes de trasladarlas a algún centro de salud o al hospital? Si No

e. Cuantas personas: : _____

13. En su barrio, cual es el primer lugar a que acude en caso de emergencia?

- Hospital Centro de Salud Casa Curandero Otro: _____

14. Por que acude a este lugar? _____

15. En caso de emergencia, cuanto tiempo toma para trasladar a una persona al hospital mas cercano?

- Menos de 10 min Entre 10 - 30 min Entre 30 - 60 min Mas de una hora

16. Alguna vez llamó al numero de emergencia? Si No

a. Si usted ha llamado, a que numero? _____

17. Como evalúa su confianza cuando brinda ayuda en primeros auxilios con las habilidades que tiene ahora? (Encierra en un circulo, con 0 sin confianza y 5 mucha confianza)

