



# Taking Medicine—What Gets in the Way?

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

<b>Lifestyle</b>	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 My use of alcohol gets in the way of taking my medicines.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 I worry about how medicine will affect my sexual health.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 I sometimes forget things that are important to me.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 I have felt sad, down, or blue during the past month.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Attitudes and Beliefs</b>	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
7 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"/>
8 I know if I am reaching my health goals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Help From Others</b>	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
9 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"/>

<b>Talking With Healthcare Team</b>	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
10 I understand my doctor's/nurse's instructions about the medicines I take.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 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"/>
12 I am able to read and understand pill bottle labels.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Taking Medicines</b>	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
13 Taking medicines more than once a day is inconvenient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 I have to take too many medicines a day.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 It is hard for me to swallow the pills I have to take.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Have You...</b>	In the last week	In the last month	In the last 3 months	More than 3 months ago	Never
16 Taken a medicine more or less often than prescribed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 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"/>
18 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"/>
19 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"/>
20 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"/>

\* May warrant further discussion with healthcare provider.

**If you checked any answers in the darker blue boxes, talk with your healthcare provider.**



## Factores que obstaculizan el uso de medicamentos

Piense en todos los medicamentos que toma. Marque una sola respuesta para cada artículo que se muestra a continuación.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>Estilo de vida</b>					
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 El consumo de alcohol es un obstáculo para tomar los medicamentos.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Me preocupa la forma en que el medicamento afectará mi vida sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Algunas veces olvido cosas que son importantes para mí.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Me he sentido triste, deprimido o afligido durante el último mes.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>Actitudes y creencias</b>					
7 Estoy seguro de que cada uno de mis medicamentos me ayudará.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Sé si estoy alcanzando mis metas de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>Ayuda de otras personas</b>					
9 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"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>Hablar con el equipo de atención médica</b>					
10 Entiendo las indicaciones del médico y enfermera acerca de los medicamentos que tomo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Trabajo junto con mi médico y enfermera para tomar decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Puedo leer y comprender las etiquetas de los frascos de pastillas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>Tomar medicamentos</b>					
13 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"/>
14 Tengo que tomar demasiados medicamentos al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Me resulta difícil tragar las pastillas que debo tomar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Usted...	La semana pasada	El mes pasado	En los últimos 3 meses	Hace más de 3 meses	Nunca
16 ha 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"/>
17 ha 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"/>
18 ha 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"/>
19 ha 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"/>
20 no ha tenido el medicamento con usted cuando debía tomarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* Puede ser necesario hablar sobre el tema más a fondo con el proveedor de atención médica.

**Si marcó alguna respuesta en las casillas de color azul más oscuro, consulte a su proveedor de atención médica.**