

# Medicine poll - Encuesta sobre medicamentos

## Page 1

Hi, welcome!, thanks in advance for your contribution. This poll will be: anonymous, fast (9 questions) and educational-purposed-only.

We will ask you about the medicines you have at home to understand how efficient (or not) is it.

You may give feedback or ask for poll's results by the end of the process

Hola, bienvenido!, gracias por participar. Esta encuesta será: anónima, rápida (9 preguntas) y solo para uso educativo.

Solo te haremos algunas preguntas sobre los medicamentos que tienes en tu hogar para entender si es eficiente (o no).

Podras dar feedback o pedir una copia de los resultados generales al final del proceso.

## Page 2

### 1. Gender (Genero) \*

- ☐ Male (Masculino)
- ☐ Female (Femenino)
- ☐ Other (Otro)

## Page 3

### 2. Age range (Rango de edad) \*

- ☐ 20 or less (20 o menos)
- ☐ 21 - 35
- ☐ 36 - 50
- ☐ 51 - 65
- ☐ 66 - 75
- ☐ 76 - 85
- ☐ 86 or more (86 o mas)

**Page 4****3. How many people live with you? (Cuántas personas viven contigo?) \***

- ☐ 0 - 1
- ☐ 2 - 4
- ☐ 5 - 6
- ☐ 7 - 9
- ☐ 10 or more (10 o mas)

**Page 5****4. Where do you live? (Donde vives?) \***

Please choose (seleccionar).... ▼

**Page 6****5. How many different medicines do you have at home? (average)****Cuántos medicamentos distintos tienes en tu hogar? (promedio) \***

- ☐ 3 or less (3 o menos)
- ☐ 4 - 7
- ☐ 8 - 11
- ☐ 12 - 15
- ☐ 16 - 20
- ☐ 21 - 27
- ☐ 28 - 35
- ☐ 36 or more (36 o mas)

**Page 7****6. ESTIMATIONS about YOUR EXISTING MEDICINES****ESTIMACIONES sobre LAS MEDICINAS QUE POSEE \***

	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
A). From your existing medicines, what % is being used at least every 1 months? (Que % de medicinas, sobre el total, son usadas cada 1 mes al menos?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B). From your existing medicines, what % is being used at least every 6 months? (Que % de medicinas, sobre el total, son usadas cada 6 meses al menos?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C). From your existing medicines, what % is being used at least every 12 months? (Que % de medicinas, sobre el total, son usadas cada 12 meses al menos?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D). From your existing medicines, what % you think would be unnecessary or expired already? (Que % de tus medicinas cree ya estan vencidas o serian innecesarias?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Page 8****7. What kind of medicine you have at home?****Que tipo de medicinas tienes en tu hogar? \***

you can choose more than 1  
puedes elegir mas de 1 opcion

- ☐ Heart disease (Enfermedades cardiacas)
- ☐ Mental or stress diseases, ex.alzheimer, etc (Enfermedades mentales o nerviosas, ej.alzheimer, etc)
- ☐ Breathing disease (Enfermedades respiratorias)
- ☐ Blood pressure (Presión arterial)
- ☐ Cancer, leucemia or similar (Cancer, leucemia o similar)
- ☐ Colesterol, diabetes
- ☐ General disease, ex. flu, fever, headache (Enfermedades generales, ej.fiebre, dolor de cabeza, gripe)
- ☐ Dental (Tratamiento dental)
- ☐ Allergies treatment (Tratamiento alergias)
- ☐ Other

**Page 9**

**8. Have you ever found unnecessary (not longer needed) or expired medicine at home?**

**If YES, please mark which kind of medicine you found (if NO just skip this question)**

**Has encontrado alguna vez medicina que ya no necesitas o vencida (fecha expiración excedida)?**

**Si la respuesta es SI, por favor indica que tipo de medicinas eran (caso contrario evita esta pregunta).**

you can choose more than 1

puedes elegir mas de 1

- ☐ Heart disease - Enfermedades cardiacas
- ☐ Mental or stress diseases (alzheimer, etc) - Enfermedades mentales o nerviosas (alzheimer, etc)
- ☐ Breathing disease - Enfermedades respiratorias
- ☐ Blood pressure - Presión arterial
- ☐ Cancer, leucemia or similar - Cancer, leucemia o similar
- ☐ Colesterol, diabetes
- ☐ Common (flu, fever, headache) - Generales (fiebre, dolor de cabeza, gripe)
- ☐ Dental - Tratamiento dental
- ☐ Allergies treatment - Tratamiento alergias
- ☐ Other

**Page 10**

**9. What would you say if.....**

**Que dirias sobre..... \***

	YES (SI)	NO
A). You were asked to donate this unnecessary or "extra" medicines for those who can't afford it? (Estarías de acuerdo en donar aquellas medicinas que no uses ni necesites a aquellos que no pudieran pagarlas?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B). You were asked to leave donate medicines at a "checkpoint" near you (max.5KM)? (Aceptarias entregar las medicinas para donar en un lugar especifico cerca de ti -5KM max.-?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C). Based on your estimation, will you confirm that most of your medicines are pills (rather than liquids)? (Basado en su estimacion, confirmarias que la mayoria de tus medicamentos son pastillas/pildoras (en lugar de liquido)?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Page 11**

**Leave any suggestion or comment below. If you would like to receive a copy of this poll's feedback leave your email address.**

**Puede completar cualquier comentario o sugerencia debajo. Si desea recibir una copia de las respuestas a este formulario, complete su direccion de email.**

OPTIONAL



You have completed the survey. Thank you very much for your participation.

You can now close the window.