



Healthcare Regulatory Research Institute

**Modified Physical and Physical Therapist Assistant
Cross-Profession Minimum Data Set Questions
(PTCPMDS)**

Sección 1: Información demográfica

Sexo:

1. Cuál es su sexo?

Escoger una sola opción

- a. Femenino
- b. Masculino¹

Género:

2. ¿Cuál es su género?

Escoger una sola opción

- a. Masculino
- b. Femenino
- c. Transgénero
- d. No binario
- e. Otro
- f. Prefiero no contestar

¹ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

3. ¿Cuál es su raza? Puede seleccionar más de una respuesta.

- a. Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- b. Asiática
- c. Negra o afroamericana
- d. Hispana, latina, o de origen español
- e. Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- f. Blanca (no hispana)
- g. Otra
- h. Prefiero no contestar.

3a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen hispano, latino o español?

Escoger una sola opción

- a. Cubano/a
- b. Mexicano/a, mexicoamericano/a, chicano/a
- c. Puertorriqueño/a
- d. Portugués/a
- e. Español/a
- f. Otro origen hispano, latino o español

4. ¿Cuál es su año de nacimiento?

Sección 2: Licencia y preparación académica²

1. ¿Qué licencia o certificación posee?

- a. Terapeuta físico/a
- b. Asistente de terapia física
- c. Ambas

2. ¿Cuál es su preparación básica en terapia física (nivel de entrada)?

Escoger una sola opción

- a. Certificado
- b. Grado asociado
- c. Bachillerato
- d. Maestría
- e. Doctorado

3. ¿En qué año completó su preparación básica como terapeuta físico/a o asistente de terapia física?

² © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

4. ¿Cuál es su grado académico más alto?

Puede seleccionar más de una respuesta.

- a. Grado Asociado - Terapia Física
- b. Grado Asociado - Otro campo
- c. Bachillerato - Terapia Física
- d. Bachillerato - Otro campo
- e. Maestría - Terapia Física
- f. Maestría - Otro campo
- g. Doctorado - Terapia Física
- h. Doctorado - Otro campo
- i. Estudios posdoctorales - Terapia Física
- j. Estudios posdoctorales - Otro campo

5. ¿En qué año completó su preparación más alta de educación como terapeuta físico/a o asistente de terapia física?

6. ¿Completó su educación básica como terapeuta físico/a o asistente de terapia física en los Estados Unidos?

- a. Sí
- b. No

6a. ¿En qué estado recibió su educación básica como terapeuta físico/a o asistente de terapia física?

6b. ¿En qué país recibió su educación básica como terapeuta físico/a o asistente de terapia física?

Sección 3: Estatus laboral en terapia física³

1. ¿Trabaja actualmente como terapeuta físico/a o asistente de terapia física?

Esto incluye la atención a pacientes no hospitalizados o en un ámbito externo relacionado con la terapia física.

- a. Sí
- b. No

³ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

1a. De haber contestado no en la pregunta anterior, escoja la opción que mejor describa su situación laboral actual.

Escoger una sola opción

- a. Empleado/a en un campo distinto a la terapia física
- b. Desempleado/a, pero busco trabajo en terapia física
- c. Desempleado/a y no busco trabajo en terapia física
- d. Jubilado/a

Sección 4. Lugar de práctica o empleo

Tendrá la oportunidad de mencionar hasta tres lugares de práctica o empleo.

1. ¿En cuál de las siguientes áreas se encuentra su lugar de práctica o empleo PRIMARIO?

Su lugar de práctica o empleo PRIMARIO es donde pasa la mayor parte de su tiempo.

Seleccione todas las que apliquen.

- a. Institución académica (postsecundaria)
- b. Hospital de cuidado intensivo
- c. Cuidados de salud en el hogar
- d. Hospital de rehabilitación
- e. Industria
- f. Atención a pacientes no hospitalizados o ámbito externo relacionado con la terapia física (derecho, administración o regulación, venta de equipo médico, desarrollo de productos, salud pública, divulgación, etc.)
- g. Clínica ambulatoria afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- h. Clínica ambulatoria **no** afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- i. Clínica ambulatoria - Salud ocupacional
- j. Clínica pediátrica (no escolar)
- k. Centro de enfermería especializada, centro de cuidados a largo plazo, centro de vida asistida o vivienda grupal
- l. Sistema escolar
- m. Cuidado a largo plazo (Centro de vida asistida, hogar de envejecientes, etc.)
- n. Salud escolar
- o. Centro de salud y bienestar
- p. Hospicio
- q. Centro o instituto de investigación
- r. Telesalud
- s. Hospital o clínica afiliada a las Fuerzas Armadas/Veteranos de los Estados Unidos
- t. Otro, por favor, especifique: _____⁴

2. ¿Cuál es el código postal de su lugar de práctica o empleo PRIMARIO?

⁴ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

3. ¿Tiene un lugar de empleo SECUNDARIO?

- a. Sí
- b. No

4. De haber contestado sí en la pregunta anterior: ¿En cuál de las siguientes áreas se encuentra su lugar de práctica o empleo SECUNDARIO?

Su lugar de práctica o empleo PRIMARIO es donde pasa la mayor parte de su tiempo.

Seleccione todas las que apliquen.

- a. Institución académica (postsecundaria)
- b. Hospital de cuidado intensivo
- c. Cuidados de salud en el hogar
- d. Hospital de rehabilitación
- e. Industria
- f. Atención a pacientes no hospitalizados o ámbito externo relacionado con la terapia física (derecho, administración o regulación, venta de equipo médico, desarrollo de productos, salud pública, divulgación, etc.)
- g. Clínica ambulatoria afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- h. Clínica ambulatoria **no** afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- i. Clínica ambulatoria - Salud ocupacional
- j. Clínica pediátrica (no escolar)
- k. Centro de enfermería especializada, centro de cuidados a largo plazo, centro de vida asistida o vivienda grupal
- l. Sistema escolar
- m. Cuidado a largo plazo (Centro de vida asistida, hogar de envejecientes, etc.)
- n. Salud escolar
- o. Centro de salud y bienestar
- p. Hospicio
- q. Centro o instituto de investigación
- r. Telesalud
- s. Hospital o clínica afiliada a las Fuerzas Armadas/Veteranos de los Estados Unidos
- t. Otro, por favor, especifique: _____⁵

5. ¿Cuál es el código postal de su lugar de práctica o empleo SECUNDARIO?

⁵ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

6. ¿Tiene un TERCER lugar de empleo?

- a. No
- b. Sí

7. De haber contestado sí en la pregunta anterior: ¿En cuál de las siguientes áreas se encuentra su lugar de práctica o empleo TERCARIO? Su lugar de práctica o empleo PRIMARIO es donde pasa la mayor parte de su tiempo.

Seleccione todas las que apliquen.

- a. Institución académica (postsecundaria)
- b. Hospital de cuidado intensivo
- c. Cuidados de salud en el hogar
- d. Hospital de rehabilitación
- e. Industria
- f. Atención a pacientes no hospitalizados o ámbito externo relacionado con la terapia física (derecho, administración o regulación, venta de equipo médico, desarrollo de productos, salud pública, divulgación, etc.)
- g. Clínica ambulatoria afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- h. Clínica ambulatoria **no** afiliada a un hospital, sistema de salud, servicio militar u otra agencia gubernamental
- i. Clínica ambulatoria - Salud ocupacional
- j. Clínica pediátrica (no escolar)
- k. Centro de enfermería especializada, centro de cuidados a largo plazo, centro de vida asistida o vivienda grupal
- l. Sistema escolar
- m. Cuidado a largo plazo (Centro de vida asistida, hogar de envejecientes, etc.)
- n. Salud escolar
- o. Centro de salud y bienestar
- p. Hospicio
- q. Centro o instituto de investigación
- r. Telesalud
- s. Hospital o clínica afiliada a las Fuerzas Armadas/Veteranos de los Estados Unidos
- t. Otro, por favor, especifique: _____

8. ¿Cuál es el código postal de su lugar de práctica o empleo TERCARIO?

Sección 5. Características de su práctica o empleo⁶

1. ¿Cómo describiría su situación laboral actual?

⁶ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

Puede seleccionar más de una respuesta.

- a. Trabajo por cuenta propia/Consultor(a)
- b. Empleado(a) asalariado(a)
- c. Empleado(a) por hora
- d. Empleo temporal / Viaje
- e. Combinación de empleado a cuenta propia y empleado
- f. Otro
- g. No aplica

2. La telesalud se define como el uso de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones para ampliar los servicios de atención a los pacientes, y puede incluir videoconferencias, almacenamiento y reenvío de imágenes, medios de transmisión en vivo y comunicaciones terrestres e inalámbricas. ¿Utiliza la telesalud para brindar servicios a sus pacientes?

Escoger una sola opción

- a. No
- b. Sí

3. ¿A qué población atiende predominantemente en su práctica clínica o lugar de empleo PRIMARIO, SECUNDARIO o Terciario?

Marque todas las opciones que correspondan, pero solo si atiende a esa población de forma habitual. (Los rangos de edad son aproximados.)

	Lugar de práctica o empleo PRIMARIO		Lugar de práctica o empleo SECUNDARIO		Lugar de práctica o empleo Terciario	
	Sí	N/A	Sí	N/A	Sí	N/A
Recién Nacidos						
Niñez (edades 2-10)						
Adolescentes (edades 11-19)						
Adultos						
Geriátricos						
Ninguna de las anteriores						

4. ¿Cuáles de los siguientes tipos de lesiones o padecimientos atiende predominantemente en su práctica clínica o lugar de empleo PRIMARIO, SECUNDARIO o Terciario?⁷

Marque todas las opciones que correspondan, pero solo si atiende esos padecimientos de forma habitual.

	Lugar de práctica o empleo PRIMARIO		Lugar de práctica o empleo SECUNDARIO		Lugar de práctica o empleo Terciario	
	Sí	N/A	Sí	N/A	Sí	N/A
Ortopédicos o deportivos						
Neurológicos						
Oncológicos						
Salud de la mujer						
Cardiovasculares o pulmonares						
Industriales o laborales						
Cuidados tegumentarios o heridas						
Bienestar, prevención o salud						
Trastornos infecciosos y metabólicos crónicos (SIDA, diabetes, etc.)						
Otros (Por favor, especifique: _____)						

5. ¿Ha realizado alguna certificación?

- Sí
- No

5a. En caso afirmativo, ¿cuál?⁸

⁷ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

⁸ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

Puede seleccionar más de una respuesta.

- a. Mano
- b. Vestibular
- c. CSCS
- d. Acuaterapia
- e. Enfermedad de Parkinson
- f. SCI
- g. NDT
- h. Piso pélvico
- i. Otra: _____

6. ¿Es usted un/a especialista certificado/a por la ABPTS (“American Board of Physical Therapy Specialist”)?

- a. Sí
- b. No

6a. En caso afirmativo, ¿cuál es su especialidad?

Puede seleccionar más de una respuesta.

- a. Medicina deportiva
- b. Ortopedia
- c. Pediatría
- d. Salud de la mujer
- e. Tratamiento de heridas
- f. Salud cardiovascular y pulmonar
- g. Electrofisiología clínica
- h. Geriatría
- i. Neurología
- j. Oncología

7. Estime el promedio de horas semanales que dedica a su localización de práctica PRIMARIO, SECUNDARIO y/o TERCARIO. Si esto no aplica, favor seleccionar "N/A".

Escoger una sola opción en cada fila

	N/A	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	41 0 más
Práctica o empleo PRIMARIO												
Práctica o empleo SECUNDARIO												
Práctica o empleo TERCARIO												

8. ¿Qué PORCENTAJE de su tiempo de trabajo dedica a cada una de las siguientes categorías?
Asegúrese de que la distribución de tiempo entre todas las categorías sume el 100%.⁹

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Práctica Clínica											
Docencia / Educación											
Administración											
Investigación											
Otro: _____											

9. ¿Cuántas semanas al año suele trabajar, incluyendo la atención directa a pacientes y otras tareas¹⁰ como administración, investigación o docencia?

Por favor, no incluya el tiempo libre remunerado. Asegúrese de que la cantidad total de semanas no sobrepase las 52.

		0	5	10	16	21	26	31	36	42	47	52
PRIMARIO												
SECUNDARIO												
TERCIARIO												

⁹ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

¹⁰ © 2024 Healthcare Regulatory Research Institute

10. ¿Cuáles son sus planes de empleo para los próximos 2 años?

Escoger una sola opción

- a. Desconozco
- b. Aumentar mis horas en el campo de la terapia física
- c. Reducir mis horas en el campo de la terapia física
- d. Buscar empleo fuera del campo de la terapia física
- e. Retirarse
- f. Continuar como estoy

Sección 6. Ingresos

11. ¿Cómo describiría sus ingresos mensuales?

- a. Vivo bien.
- b. Vivo de cheque en cheque.
- c. Mi estilo de vida supera mis ingresos.

12. ¿Cuál fue su ingreso anual individual para el año 2023?

Por favor, indíquelo como un número entero (e.g., \$50,560).

\$ _____