

A program of the National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention

Vitamin D and Type 2 Diabetes (D2d) Study

NDEP Questionnaire #1

Introduction

Your answers to the questions below will help the National Diabetes Education Program (NDEP) create better materials for people at risk for diabetes. Answering the questions is voluntary, and your answers will not be shared with anyone other than the research study staff. You have the right to stop answering these questions at any time. There is no penalty or loss of benefits to you if you do not complete the questions.

It should take you about 10 minutes to complete these questions. If you don't know the answer, leave it blank.

Questions

1. How can you prevent or delay type 2 diabetes?

(Please mark one.)

- a. Lose as much weight as you can
- b. Eat fruits and vegetables every day
- c. Eat less sugar
- d. Lose anywhere from 5 to 10 percent of your body weight

2. If you have prediabetes, your blood glucose levels are:

(Please mark one.)

- a. Below normal
- b. Normal
- c. Above normal

3. Which of the following are important steps you should take to lose weight?

(Please mark all that apply.)

- a. Take in fewer calories than you burn during the day
- b. Skip meals
- c. Eat less fat (especially saturated fats and trans fats) than you currently eat
- d. Eat smaller portions of high fat and high calorie foods than you currently eat

4. Which of the following is the least (or smallest) amount of physical activity you should do to help prevent type 2 diabetes?

(Please mark one.)

- a. 30 minutes of activity, five times a week (or 150 minutes per week)
- b. 10 minutes of activity, seven days a week (or 70 minutes per week)
- c. 45 minutes of activity, six days a week (or 270 minutes per week)
- d. 60 minutes of activity, three days a week (or 180 minutes per week)

5. Which of the following health problems is not usually linked to diabetes?

(Please mark one.)

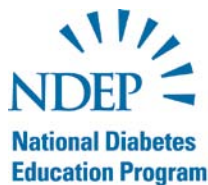
- a. Vision problems
- b. Heart problems
- c. Allergy problems
- d. Kidney problems

6. Please circle the number that best describes your knowledge of each statement. (Please circle one number for each line.)

How sure are you that you know:	Extremely unsure	Somewhat unsure	Neutral	Somewhat sure	Extremely sure
a. How many calories you should eat each day?	1	2	3	4	5
b. How many grams of fat you should eat each day?	1	2	3	4	5
c. How much physical activity you should get each week?	1	2	3	4	5
d. How to make healthy food choices?	1	2	3	4	5
e. How to get as much physical activity as you should?	1	2	3	4	5
f. How many calories are in the foods and drinks you have most often?	1	2	3	4	5
g. The serving (portion) size of the foods and drinks you have most often?	1	2	3	4	5

7. For each statement, please circle the number that best describes your behaviors. (Please circle one number for each line.)

Have you:	I do not intend to	I am considering doing so within the next 6 months	I plan to within the next month	I started this less than 6 months ago	I started this 6 months ago or longer
a. Increased the number of times you are physically active each week?	1	2	3	4	5
b. Increased how hard you work during physical activity? (That is, you have added an activity that makes you sweat more, or spent more time doing such an activity.)	1	2	3	4	5
c. Reduced the amount of fat in your diet?	1	2	3	4	5
d. Reduced the number of calories you consume?	1	2	3	4	5
e. Set a weight loss goal?	1	2	3	4	5
f. Set a physical activity goal?	1	2	3	4	5
g. Kept track of what you eat and drink, and the activity you get, most days of the week?	1	2	3	4	5



Vitamin D and Type 2 Diabetes (D2d) Study

NDEP Questionnaire #2

A program of the National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention

Introduction

Your answers to the questions below will help the National Diabetes Education Program (NDEP) create better materials for people at risk for diabetes. Answering the questions is voluntary, and your answers will not be shared with anyone other than the research study staff. You have the right to stop answering these questions at any time. There is no penalty or loss of benefits to you if you do not complete the questions.

It should take you about 10 minutes to complete these questions. If you don't know the answer, leave it blank.

Questions

1. How can you prevent or delay type 2 diabetes?

(Please mark one.)

- a. Lose as much weight as you can
- b. Eat fruits and vegetables every day
- c. Eat less sugar
- d. Lose anywhere from 5 to 10 percent of your body weight

2. If you have prediabetes, your blood glucose levels are: *(Please mark one.)*

- a. Below normal
- b. Normal
- c. Above normal

3. Which of the following are important steps you should take to lose weight? *(Please mark all that apply.)*

- a. Take in fewer calories than you burn during the day
- b. Skip meals
- c. Eat less fat (especially saturated fats and trans fats) than you currently eat
- d. Eat smaller portions of high fat and high calorie foods than you currently eat

4. Which of the following is the least (or smallest) amount of physical activity you should do to help prevent type 2 diabetes? *(Please mark one.)*

- a. 30 minutes of activity, five times a week (or 150 minutes per week)
- b. 10 minutes of activity, seven days a week (or 70 minutes per week)
- c. 45 minutes of activity, six days a week (or 270 minutes per week)
- d. 60 minutes of activity, three days a week (or 180 minutes per week)

5. Which of the following health problems is not usually linked to diabetes? *(Please mark one.)*

- a. Vision problems
- b. Heart problems
- c. Allergy problems
- d. Kidney problems

6. Please circle the number that best describes your knowledge of each statement. (Please circle one number for each line.)

How sure are you that you know:	Extremely unsure	Somewhat unsure	Neutral	Somewhat sure	Extremely sure
a. How many calories you should eat each day?	1	2	3	4	5
b. How many grams of fat you should eat each day?	1	2	3	4	5
c. How much physical activity you should get each week?	1	2	3	4	5
d. How to make healthy food choices?	1	2	3	4	5
e. How to get as much physical activity as you should?	1	2	3	4	5
f. How many calories are in the foods and drinks you have most often?	1	2	3	4	5
g. The serving (portion) size of the foods and drinks you have most often?	1	2	3	4	5

7. For each statement, please circle the number that best describes your behaviors. (Please circle one number for each line.)

Have you:	I do not intend to	I am considering doing so within the next 6 months	I plan to within the next month	I started this less than 6 months ago	I started this 6 months ago or longer
1. Increased the number of times you are physically active each week?	1	2	3	4	5
2. Increased how hard you work during physical activity? (That is, you have added an activity that makes you sweat more, or spent more time doing such an activity.)	1	2	3	4	5
3. Reduced the amount of fat in your diet?	1	2	3	4	5
4. Reduced the number of calories you consume?	1	2	3	4	5
5. Set a weight loss goal?	1	2	3	4	5
6. Set a physical activity goal?	1	2	3	4	5
7. Kept track of what you eat and drink, and the activity you get, most days of the week?	1	2	3	4	5

At an earlier visit, you received the materials shown below:

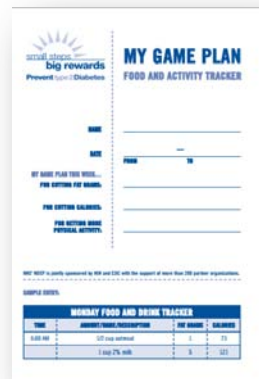
Your GAME PLAN to Prevent Type 2 Diabetes Information for Patients Booklet



Your GAME PLAN to Prevent Type 2 Diabetes Fat and Calorie Counter



MY GAME PLAN Food and Activity Tracker



8. The GAME PLAN materials were given to you as booklets. In what format would you prefer these materials? (Please mark all that apply.)

	Paper booklet	Smartphone/ Mobile app	Computer website
Information for Patients booklet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fat and Calorie Counter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food and Activity tracker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Which of the following statements best describes your use of these materials? (Please mark one.)

- a. I never looked at them. (*Skip the remaining questions. Thank you.*)
- b. I skimmed them, but didn't use them.
- c. I started to use them to make changes in what I eat or how active I am, but stopped and went back to my old habits.
- d. I used them to make some changes in what I eat or how active I am, and I am continuing those changes.

10. For each statement, please circle the number that best describes how much you agree or disagree with it. (Please circle one number for each line.)

	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
a. The materials gave me enough information to set a weight loss goal.	1	2	3	4	5
b. The materials gave me enough information to plan healthier meals.	1	2	3	4	5
c. The materials gave me enough information to start a physical activity program.	1	2	3	4	5
d. The materials gave me enough information to set a physical activity goal.	1	2	3	4	5

11. How much of the Information for Patients (left image) did you read? (Please mark one.)

- a. None of it
- b. A few pages
- c. About half of it
- d. Most of it
- e. All of it

12. The Information for Patients booklet had: (Please mark one.)

- a. Too little information
- b. The right amount of information
- c. Too much information

13. What other information would you have liked to see in the Information for Patients booklet?

14. How often did you use the Fat and Calorie Counter (center image)? (Please mark one.)

- a. Never
- b. Once
- c. A few times
- d. A few days
- e. For one to four weeks
- f. For more than four weeks

15. The Fat and Calorie Counter was: (Please mark one.)

- a. Too small
- b. Just right
- c. Too large

16. The Fat and Calorie Counter had _____ of the foods and drinks I usually have. (Please mark one.)

- a. All
- b. Most
- c. About half
- d. Some
- e. None

17. What foods and drinks would you like to see added to the Fat and Calorie Counter?

18. How often did you use the Food and Activity Tracker (right image)? (Please mark one.)

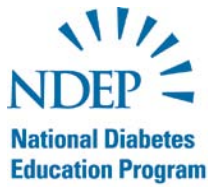
- a. Never
- b. Once
- c. For a few days
- d. For one to four weeks
- e. For more than four weeks

19. The Food and Activity Tracker was: (Please mark one.)

- a. Too small
- b. Just right
- c. Too large

20. What changes would you like to see made to the Food and Activity Tracker?

Thank you for your time!



A program of the National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention

Site No.: _____ ID: _____

Estudio de la vitamina D y la diabetes tipo 2 (D2d)

Vitamin D and Type 2 Diabetes (D2d) Study

NDEP Cuestionario #1

Introducción

Sus respuestas a las siguientes preguntas ayudarán al Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes (NDEP, por sus siglas en inglés) a crear mejores materiales para las personas con riesgo de diabetes. Responder a las preguntas es voluntario y las respuestas no serán compartidas con nadie más que con el personal de estudio de investigación. Usted tiene el derecho a dejar de responder a estas preguntas en cualquier momento. No hay penalidad o pérdida de beneficios si usted no completa las preguntas.

Le tomará alrededor de 10 minutos completar estas preguntas. Si no sabe la respuesta, déjela en blanco.

Preguntas

1. **¿Cómo puede usted prevenir o retrasar la diabetes tipo 2?** (Por favor marque una.)

- a. Perder tanto peso como sea posible
- b. Comer frutas y verduras todos los días
- c. Consumir menos azúcar
- d. Perder del 5 al 10 por ciento de su peso corporal

2. **Si usted tiene prediabetes, los niveles de glucosa en la sangre están:** (Por favor marque una.)

- a. Por debajo de lo normal
- b. Normal
- c. Por encima de lo normal

3. **¿Cuál de los siguientes es un paso importante que debe tomar para bajar de peso?** (Por favor marque una.)

- a. Consumir menos calorías de las que quema durante el día
- b. Saltar comidas
- c. Comer menos grasas (especialmente grasas saturadas y grasas trans) de las que consume actualmente
- d. Comer porciones más pequeñas de alimentos con alto contenido en grasas y calorías de las que consume actualmente

4. **¿Cuál de las siguientes es la menor cantidad de actividad física que debe hacer para ayudar a prevenir la diabetes tipo 2?** (Por favor marque una.)

- a. 30 minutos de actividad, cinco veces a la semana (o 150 minutos por semana)
- b. 10 minutos de actividad, siete días a la semana (o 70 minutos por semana)
- c. 45 minutos de actividad, seis días a la semana (o 270 minutos por semana)
- d. 60 minutos de actividad, tres días a la semana (o 180 minutos por semana)

5. **¿Cuál de los siguientes problemas de salud no suele estar vinculado a la diabetes?** (Por favor, marque una.)

- a. Problemas de la visión
- b. Problemas del corazón
- c. Problemas de alergias
- d. Problemas renales

6. Por favor circule el número que mejor refleje su conocimiento de cada declaración. (Favor de marcar sólo un número en cada línea)

¿Qué tan seguro está usted que sabe...	Muy inseguro	Algo inseguro	Neutral	Algo seguro	Muy seguro
a. ¿Cuántas calorías debe consumir al día?	1	2	3	4	5
b. ¿Cuántos gramos de grasa debe ingerir cada día?	1	2	3	4	5
c. ¿Cuánta actividad física debe hacer cada semana?	1	2	3	4	5
d. ¿Cómo elegir alimentos saludables?	1	2	3	4	5
e. ¿Cómo hacer la mayor cantidad de actividad física?	1	2	3	4	5
f. ¿Cuántas calorías tienen los alimentos y bebidas que consume con más frecuencia?	1	2	3	4	5
g. ¿La ración adecuada de los alimentos y bebidas que consume con más frecuencia?	1	2	3	4	5

7. Por favor circule el número que mejor refleje su comportamiento. (Favor de marcar sólo un número en cada línea)

Usted ha...	No planeo hacerlo	Estoy considerando hacerlo dentro de los próximos 6 meses	Planeo hacerlo el próximo mes	Empecé con esto hace menos de 6 meses	Empecé con esto hace 6 meses o más
a. ¿Aumentado el número de veces que hace actividad física cada semana?	1	2	3	4	5
b. ¿Aumentado la resistencia de la actividad física? (Es decir, que haya agregado una actividad que le haga sudar más o que haya incrementado el tiempo de esa actividad)	1	2	3	4	5
c. ¿Reducido la cantidad de grasa en su dieta?	1	2	3	4	5
d. ¿Reducido el número de calorías que consume?	1	2	3	4	5
e. ¿Establecido una meta de pérdida de peso?	1	2	3	4	5
f. ¿Establecido una meta de actividad física?	1	2	3	4	5
g. ¿Tomado nota de lo que come y bebe y de la actividad física que hace durante la semana?	1	2	3	4	5

Estudio de la vitamina D y la diabetes tipo 2 (D2d)

Vitamin D and Type 2 Diabetes (D2d) Study

NDEP Questionario #2

Introducción

Sus respuestas a las siguientes preguntas ayudarán al Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes (NDEP, por sus siglas en inglés) a crear mejores materiales para las personas con riesgo de diabetes. Responder a las preguntas es voluntario y las respuestas no serán compartidas con nadie más que con el personal de estudio de investigación. Usted tiene el derecho a dejar de responder a estas preguntas en cualquier momento. No hay penalidad o pérdida de beneficios si usted no completa las preguntas.

Le tomará alrededor de 10 minutos completar estas preguntas. Si no sabe la respuesta, déjela en blanco.

Preguntas

1. **¿Cómo puede usted prevenir o retrasar la diabetes tipo 2?** *(Por favor marque una.)*

- a. Perder tanto peso como sea posible
- b. Comer frutas y verduras todos los días
- c. Consumir menos azúcar
- d. Perder del 5 al 10 por ciento de su peso corporal

3. **¿Cuál de los siguientes es un paso importante que debe tomar para bajar de peso?** *(Por favor marque una.)*

- a. Consumir menos calorías de las que quema durante el día
- b. Saltar comidas
- c. Comer menos grasas (especialmente grasas saturadas y grasas trans) de las que consume actualmente
- d. Comer porciones más pequeñas de alimentos con alto contenido en grasas y calorías de las que consume actualmente

5. **¿Cuál de los siguientes problemas de salud no suele estar vinculado a la diabetes?** *(Por favor, marque una.)*

- a. Problemas de la visión
- b. Problemas del corazón
- c. Problemas de alergias
- d. Problemas renales

2. **Si usted tiene prediabetes, los niveles de glucosa en la sangre están:** *(Por favor marque una.)*

- a. Por debajo de lo normal
- b. Normal
- c. Por encima de lo normal

4. **¿Cuál de las siguientes es la menor cantidad de actividad física que debe hacer para ayudar a prevenir la diabetes tipo 2?** *(Por favor marque una.)*

- a. 30 minutos de actividad, cinco veces a la semana (o 150 minutos por semana)
- b. 10 minutos de actividad, siete días a la semana (o 70 minutos por semana)
- c. 45 minutos de actividad, seis días a la semana (o 270 minutos por semana)
- d. 60 minutos de actividad, tres días a la semana (o 180 minutos por semana)

6. Por favor circule el número que mejor refleje su conocimiento de cada declaración. (Favor de marcar sólo un número en cada línea)

¿Qué tan seguro está usted que sabe...	Muy inseguro	Algo inseguro	Neutral	Algo seguro	Muy seguro
a. ¿Cuántas calorías debe consumir al día?	1	2	3	4	5
b. ¿Cuántos gramos de grasa debe ingerir cada día?	1	2	3	4	5
c. ¿Cuánta actividad física debe hacer cada semana?	1	2	3	4	5
d. ¿Cómo elegir alimentos saludables?	1	2	3	4	5
e. ¿Cómo hacer la mayor cantidad de actividad física?	1	2	3	4	5
f. ¿Cuántas calorías tienen los alimentos y bebidas que consume con más frecuencia?	1	2	3	4	5
g. ¿La ración adecuada de los alimentos y bebidas que consume con más frecuencia?	1	2	3	4	5

7. Por favor circule el número que mejor refleje su comportamiento. (Favor de marcar sólo un número en cada línea)

Usted ha...	No planeo hacerlo	Estoy considerando hacerlo dentro de los próximos 6 meses	Planeo hacerlo el próximo mes	Empecé con esto hace menos de 6 meses	Empecé con esto hace 6 meses o más
1. ¿Aumentado el número de veces que hace actividad física cada semana?	1	2	3	4	5
2. ¿Aumentado la resistencia de la actividad física? (Es decir, que haya agregado una actividad que le haga sudar más o que haya incrementado el tiempo de esa actividad)	1	2	3	4	5
3. ¿Reducido la cantidad de grasa en su dieta?	1	2	3	4	5
4. ¿Reducido el número de calorías que consume?	1	2	3	4	5
5. ¿Establecido una meta de pérdida de peso?	1	2	3	4	5
6. ¿Establecido una meta de actividad física?	1	2	3	4	5
7. ¿Tomado nota de lo que come y bebe y de la actividad física que hace durante la semana?	1	2	3	4	5

En una visita anterior, usted recibió los materiales que se muestran a continuación:

Mi plan de acción para prevenir la diabetes tipo 2: Información para el Paciente



Your GAME PLAN to Prevent Type 2 Diabetes Fat and Calorie Counter (English only)



Mi Plan: Registro de Comida y Actividades



8. Los materiales de GAME PLAN se le dieron a usted en folletos. ¿En qué formato prefiere estos materiales? (Por favor marque todas las que correspondan.)

	Folleto Impreso	Aplicación Smartphone/ Móvil	Página web en la computadora
Folleto de Información para el Paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contador de Grasas y Calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de Alimentos y Actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe el uso que le dio a estos materiales? (Por favor marque una.)

- a. Nunca los leí. (**Pase a la siguiente pregunta. Gracias.**)
- b. Los leí pero no los use.
- c. Empecé a usarlos para hacer cambios en lo que como y las actividades que hago, pero deje de usarlos y volví a mis viejos hábitos.
- d. Los use para hacer algunos cambios en lo que como o las actividades que hago, y mantengo esos cambios.

10. Por favor circule el número que mejor refleje qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada declaración. (Favor de marcar sólo un número en cada línea.)

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Los materiales me dieron suficiente información para establecer una meta de pérdida de peso.	1	2	3	4	5
b. Los materiales me dieron suficiente información para planificar comidas más saludables.	1	2	3	4	5
c. Los materiales me dieron suficiente información para comenzar un programa de actividad física.	1	2	3	4	5
d. Los materiales me dieron suficiente información para establecer una meta de actividad física.	1	2	3	4	5

11. ¿Cuánto leyó del folleto **Información para el Paciente** (la imagen de la izquierda)? (Por favor marque una.)

- a. Nada
- b. Unas paginas
- c. Alrededor de la mitad
- d. La mayoría
- e. Todo

12. El folleto **Información para el Paciente** tenía: (Por favor marque una.)

- a. Poca información
- b. La cantidad adecuada de información
- c. Exceso de información

13. ¿Qué otra información le hubiera gustado que fuera incluida en el folleto **Información para el Paciente**?

14. ¿Con qué frecuencia utilizó el folleto **Fat and Calorie Counter** (imagen del centro)? (Por favor marque una.)

- a. Nunca
- b. Una vez
- c. Pocas veces
- d. Unos días
- e. De una a cuatro semanas
- f. Más de cuatro semanas

15. El folleto **Fat and Calorie Counter** estuvo: (Por favor marque una.)

- a. Muy pequeño
- b. Tamaño adecuado
- c. Muy grande

16. El folleto **Fat and Calorie Counter** incluyó _____ los alimentos y bebidas que suelo consumir. (Por favor marque una.)

- a. Todos
- b. La mayoría de
- c. La mitad de
- d. Algunos de
- e. Ninguno de

17. ¿Qué alimentos y bebidas le gustaría que fueran incluidos en el folleto **Fat and Calorie Counter**?

18. ¿Con qué frecuencia utilizó **Registro de Comida y Actividades** (imagen de la derecha)? (Por favor marque una.)

- a. Nunca
- b. Una vez
- c. Pocas veces
- d. Unos días
- e. De una a cuatro semanas
- f. Más de cuatro semanas

19. El **Registro de Comida y Actividades** estuvo: (Por favor marque una.)

- a. Muy pequeño
- b. Tamaño adecuado
- c. Muy grande

20. ¿Qué cambios le gustaría que se le hicieran al **Registro de Comida y Actividades**?

¡Gracias por su tiempo!