



HCHS/SOL- Visit 2- Health Care Questionnaire

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

0c. Participant Gender: ☐ (1=Male, 2=Female,)

0d. Age:

0e. Does the participant have diabetes? ☐ (0=No, 1=Yes)

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc for those questions that do not list these values as possible answer choices.

A. This first block of questions [Q1-8a] is about health care sought and received in the preceding 12 months.

A continuación, le haré preguntas sobre la atención médica, el tipo de atención que pudo haber recibido recientemente y donde recibió esta atención médica. Algunas preguntas se refieren a los distintos tipos de atención médica para mujeres y para hombres. ¿Le puedo hacer estas preguntas?

1. ¿En los pasados 12 meses, recibió algún tipo de atención médica o servicios médicos? (Select only one.)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 5

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 5

Don't Know/ Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 5

2. ¿Por qué recibió servicios médicos? (Select all that apply.)

No **Sí**

a. Examen o chequeo anual o cuidado preventivo

0 ☐ 1 ☐

b. Cuidado médico relacionado al embarazo

0 ☐ 1 ☐

c. Cuidado agudo (enfermedad repentina que no requirió visitar la sala de emergencias)

0 ☐ 1 ☐

d. Accidente o lesión

0 ☐ 1 ☐

e. Cuidado o servicios de emergencias

0 ☐ 1 ☐

f. Cuidado de rutina de una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes, hipertensión, cáncer, asma)

0 ☐ 1 ☐

g. Obtener receta o medicamentos con receta

0 ☐ 1 ☐

h. Hospitalización

0 ☐ 1 ☐

i. Otra razón

0 ☐ 1 ☐

i.1. (Especifique: _____)

j. Refused

0 ☐ 1 ☐

k. Don't know/Not Sure

0 ☐ 1 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

3. En los pasados 12 meses, ¿dónde recibió servicios médicos o atención médica?
- | | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Algunas veces o parte del tiempo | Nunca |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| a. En los 50 estados de los EE.UU. (Estados Unidos) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. En Puerto Rico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. En México | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. En Canadá | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e. En otro país no mencionado | | | | |
| e.1. Especifique: _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

4. En los pasados 12 meses, ¿dónde recibió servicios dentales?
- | | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Algunas veces o parte del tiempo | Nunca |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| a. En los 50 estados de los EE.UU. (Estados Unidos) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. En Puerto Rico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. En México | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. En Canadá | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e. En otro país no mencionado | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e.1. Especifique: _____ | | | | |

5. En los pasados 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que necesitó atención médica y no pudo obtenerla? (Select only one.)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 9

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 9

Don't Know/ Not Sure 9 ☐

6. En los pasados 12 meses, ¿no pudo obtener alguno de los siguientes servicios debido a razones económicas? (Select all that apply.)

- | | No | Sí |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Medicamentos con receta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta con un médico generalista | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Consulta con un médico especialista | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Procedimiento quirúrgico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Procedimiento clínico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Consejería sobre estrés, terapia del comportamiento, servicios de salud mental | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Servicios dentales | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Lentes con receta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Problemas con el costo de otros servicios | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i.1. Especifique _____ | | |
| j. Refused | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. Don't know/Not Sure | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #		
-------	--	--

7. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces visitó un centro de atención aguda o urgente, o una sala de emergencias debido a problemas de salud que usted tuvo?

Número de veces If = 0, GO TO QUESTION 8

a. ¿Cuántas de estas visitas ocurrieron en los 50 estados de los Estados Unidos? (Select only one.)

- Todas 1 ☐
La mayoría 2 ☐
Algunas 3 ☐
Ninguna 4 ☐

8. En los pasados 12 meses, sin contar las veces que visitó una sala de emergencias o centro de atención urgente, ¿cuántas veces visitó un médico, enfermero(a) o profesional de la salud para obtener servicios para **usted** mismo(a) por cualquier motivo?

Número de veces If = 0, GO TO QUESTION 9

a. ¿Cuántas de estas visitas ocurrieron en los 50 estados de los EE.UU. **(Estados Unidos)**? (Select only one.)

- Todas 1 ☐
La mayoría 2 ☐
Algunas 3 ☐
Ninguna 4 ☐

B. This second block of questions [Q9-12] is about routine medical care.

9. ¿Hay alguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal? (Select only one.)

- No 0 ☐
Sí, solo una 1 ☐
Más de una 2 ☐
Refused 8 ☐
Don't know/Not Sure 9 ☐

10. ¿A qué tipo de lugar va NORMALMENTE cuando necesita tratamiento o cuidado preventivo de rutina, tal como examen físico o revisión (examen) general? (Select all that apply.)

No	Sí
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

- a. No recibe tratamiento o cuidado preventivo en ningún lugar
b. No va al mismo lugar con frecuencia
c. Sala de emergencias de un hospital

[If "Yes" to 10.a., 10.b., or 10.c., then GO TO QUESTION 12]

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

11. **[Interviewer: If "No" to 10.a., 10.b., and 10.c., then select all that apply from the choices below:]**

No	Sí
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

- a. Clínica o centro de salud
- b. Consultorio médico o HMO
- c. Clínica ambulatoria (externa) de un hospital
- d. Otro lugar

11.d.1. Especifique: _____

[GO TO QUESTION 13]

12. ¿Por qué no tiene un lugar en el que pueda obtener atención médica regularmente?
(Select all that apply.)

No	Sí
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

- a. No necesita un médico o no ha tenido problemas
- b. No le gusta, no confía, o no cree en médicos
- c. No sabe dónde ir
- d. El médico que tenía anteriormente no está disponible/se mudó
- e. Muy cara; no tiene seguro; costo alto
- f. Habla un idioma diferente
- g. No hay atención disponible; la atención está muy lejos o no está **convenientemente** ubicada
- h. Lo dejó para después; no llegó a hacerlo
- i. Otra razón
- i.1. Especifique: _____
- j. Refused
- k. Don't know/Not Sure

C. This third block of questions [Q13-30] is about utilization of screening and preventive services, and chronic care. [Some of the questions will be asked to all participants, whereas others will be asked to participants of specific age, gender or who have specific chronic diseases.]

13. **[All participants]** ¿Hace cuánto tiempo tuvo un chequeo o revisión o examen de rutina hecho por un médico o profesional de la salud? (Select only one.)

- En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

14. **[All participants]** ¿Hace cuánto tiempo que recibió la vacuna contra la gripe (influenza), ya sea en inyección o aerosol (spray) nasal? (Select only one.)

- En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

15. **[All participants]** Por lo general, la vacuna contra la pulmonía (vacuna neumocócica, Pneumovax®, Pnu-Imune®) se administra solamente una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la vacuna contra la gripe o influenza. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna contra la pulmonía? (Select only one.)

- No 0 ☐
- Sí 1 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't Know/ Not Sure 9 ☐

16. **[All participants]** ¿Hace cuánto tiempo que recibió la vacuna contra el tétano que se le administra a adultos (refuerzo)? (Select only one.)

- En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐ GO TO QUESTION 17
- Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 17
- Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 17

a. Si recibió la vacuna, ¿sabe si dicha vacuna estaba combinada con la vacuna contra la tosferina (pertussis, "whooping cough")? (Select only one.)

- Sí, recibió la vacuna contra el tétano combinada con la vacuna contra la tosferina 1 ☐
- Recibió la vacuna contra el tétano, pero no estaba combinada con la vacuna contra la tosferina 2 ☐
- Recibió la vacuna contra el tétano, pero no sabe qué tipo 3 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

17. **[All participants]** ¿Hace cuánto tiempo que un médico o un optómetra/oculista le hizo un examen de la vista? (Select only one.)

- No tiene indicación médica 0 ☐
- En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

18. **[All participants]** ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le ha recomendado que tome una dosis baja de aspirina todos los días o cada otro día para prevenir o controlar alguna enfermedad del corazón? (Select only one.)

- No 0 ☐ GO TO QUESTION 19
- Sí 1 ☐
- Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 19
- Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 19

a. ¿Está siguiendo dicha recomendación EN LA ACTUALIDAD?

- No 0 ☐
- Sí 1 ☐
- No, porque no tolero la aspirina o he tenido alguna reacción adversa 2 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

19. **[All participants]** ¿ALGUNA VEZ se ha hecho alguna de las pruebas para detectar cáncer colorrectal (cáncer de colon, intestino grueso y recto)? (Select only one.)

- No 0 ☐ GO TO QUESTION 20
- Sí 1 ☐
- Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 20
- Don't know/Not Sure 9 ☐

a. Si respondió "Sí" o "No está seguro", ¿qué prueba se hizo?

a.1. ¿Kit para detectar sangre oculta o ADN en las heces?

- No 0 ☐ GO TO QUESTION 19.a.2.
- Sí 1 ☐ GO TO QUESTION 19.a.1.a.

a.1.a. Fecha de la prueba: / / (fecha aproximada o año)

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

a.2. ¿Sigmoidoscopia?

No 0 ☐ GO TO QUESTION 19.a.3.

Sí 1 ☐

a.2.a. Fecha de la prueba: // (fecha aproximada o año)

a.3. ¿Colonoscopia?

No 0 ☐ GO TO QUESTION 20

Sí 1 ☐

a.3.a. Fecha de la prueba: // (fecha aproximada o año)

20. **All participants** ¿ALGUNA VEZ ha recibido la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)?
(Select only one)

No 0 ☐ Women GO TO QUESTION 21
Men with diabetes GO TO QUESTION 24
Men without diabetes GO TO QUESTION 31

Sí 1 ☐

No fue recomendada por el médico o profesional de la salud 2 ☐ Women GO TO QUESTION 21
Men with diabetes GO TO QUESTION 24
Men without diabetes GO TO QUESTION 31

Refused 8 ☐ Women GO TO QUESTION 21
Men with diabetes GO TO QUESTION 24
Men without diabetes GO TO QUESTION 31

Don't know/Not Sure 9 ☐ Women GO TO QUESTION 21
Men with diabetes GO TO QUESTION 24
Men without diabetes GO TO QUESTION 31

a. ¿Cuántas inyecciones de la vacuna contra VPH recibió?

Número de inyecciones Men with diabetes GO TO QUESTION 24
Men without diabetes GO TO QUESTION 31

21. **Women only** ¿Hace cuánto tiempo que se hizo una mamografía? (Select only one.)

No tiene indicación médica 0 ☐

En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐

En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐

En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐

En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐

Hace 5 años o más 5 ☐

Nunca 6 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

22. **Women only** ¿Hace cuánto tiempo que se hizo la prueba del Papanicolaou (prueba para detectar cáncer del cuello uterino)? (Select only one)

- No tiene indicación médica 0 ☐
- En el último año [en algún momento hace menos 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace un 1 año o más, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace 2 años o más, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace 3 años o más, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

23. **Women aged 65 years and older** ¿ALGUNA VEZ le han hecho una prueba para detectar osteoporosis (pérdida de la densidad de los huesos, huesos más frágiles)? (Select only one)

- No 0 ☐ Women with diabetes GO TO QUESTION 24
Women without diabetes GO TO QUESTION 31
- Sí 1 ☐ Women with diabetes GO TO QUESTION 24
Women without diabetes GO TO QUESTION 31
- Refused 8 ☐ Women with diabetes GO TO QUESTION 24
Women without diabetes GO TO QUESTION 31
- Don't know/Not Sure 9 ☐ Women with diabetes GO TO QUESTION 24
Women without diabetes GO TO QUESTION 31

24. **Participants with diabetes** ¿Hace cuánto tiempo que le hicieron un examen de los ojos, en el que le dilataron las pupilas, para determinar si la diabetes le ha afectado la retina (capa más interna de los ojos)? (Select only one.)

- No tiene indicación médica 0 ☐
- En el último año [en algún momento hace menos de 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace más de un 1 año, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace más de 2 años, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace más de 3 años, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

25. **[Participants with diabetes]** ¿Hace cuánto tiempo que le hicieron una prueba de orina para determinar si la diabetes ha afectado sus riñones? (Select only one.)

- No tiene indicación médica (por ejemplo, diálisis) 0 ☐
- En el último año [en algún momento hace menos de 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace más de un 1 año, pero menos de 2] 2 ☐
- En los últimos 3 años [hace más de 2 años, pero menos de 3] 3 ☐
- En los últimos 5 años [hace más de 3 años, pero menos de 5] 4 ☐
- Hace 5 años o más 5 ☐
- Nunca 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

26. **[Participants with diabetes]** ¿En los pasados 12 meses, usted se ha examinado, o un familiar o amigo le ha examinado los pies para detectar heridas o lesiones? (Select only one.)

- Nunca 3 ☐ GO TO QUESTION 27
- Sí 1 ☐
- No tiene pies 2 ☐ GO TO QUESTION 28
- Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 27
- Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 27

a. Si respondió "Sí", ¿con qué frecuencia se ha examinado los pies para detectar heridas o lesiones? Incluya las veces en que usted se examinó, o lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (Select only one.)

- Todos los días 1 ☐
- Tres o cuatro veces a la semana 2 ☐
- Una vez a la semana 3 ☐
- Una o dos veces al mes 4 ☐

27. **[Participants with diabetes]** ¿En los pasados 12 meses, un médico, un(a) enfermero(a) u otro profesional de la salud le ha examinado los pies para detectarle heridas o lesiones? (Select only one.)

- Nunca 3 ☐ GO TO QUESTION 28
- Sí 1 ☐
- Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 28
- Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 28

a. Si respondió "Sí", ¿cuántas veces? Número de veces

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

28. **[Participants with diabetes]** ¿Usted se examina, o un familiar o amigo le examina su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre? (Select only one.)

Nunca 3 ☐ GO TO QUESTION 29

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 29

Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 29

a. Si respondió "Sí", ¿con qué frecuencia usted se examina, o un familiar o amigo le examina su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud. (Select answer according to the protocol.)

a.1. ☐☐ veces al día

GO TO QUESTION 28.a.2

a.2. ☐☐ número de días a la semana

If =00, GO TO QUESTION 28.a.3

If >00, GO TO QUESTION 29

a.3. ☐☐ número de días al mes

GO TO QUESTION 29

29. **[Participants with diabetes]** La prueba hemoglobina A1C mide el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses. ¿En los pasados 12 meses, un médico, un(a) enfermero(a) u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba de hemoglobina A1C? (Select only one.)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 31

Sí 1 ☐

Nunca ha oído hablar de la prueba

hemoglobina A1C 3 ☐ GO TO QUESTION 31

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 31

Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 31

a. Si respondió "Sí", indique el número de veces. ☐☐ GO TO QUESTION 30

30. **[Participants with diabetes]** ¿Sabe su nivel de hemoglobina A1c? (Select only one.)

No 0 ☐

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

D. This next block of questions [Q31-38] is about health insurance.

31. ¿Tiene seguro médico (plan médico o aseguranza) o cobertura médica? (Select only one.)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 36

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 36

Don't know/Not Sure 9 ☐

32. ¿Está ACTUALMENTE cubierto(a) mediante cualquiera de los siguientes tipos de seguros médicos o cubiertas? Puede seleccionar más de una alternativa. (Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h).

	No	Sí
a. Seguro médico a través de su patrono (empleador) actual o patrono anterior o unión laboral (o patrono del cónyuge, pareja u otro familiar)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros (por usted o un pariente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o con ciertas discapacidades	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Medicaid, Medi-Cal, o cualquier otro plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o discapacidades	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. VA (incluyendo aquellos que alguna vez hayan utilizado o se hayan inscrito en servicios de salud de la Administración de Veteranos)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. TRICARE, CHAMPUS u otro plan de servicios de salud militar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
g. Indian Health Service (Servicio de Salud para los Indígenas)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
h. Cualquier otro tipo de seguro médico o cobertura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
h.1. Especifique: _____		
i. Refused	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
j. Don't know/Not Sure	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

33. La ley de la reforma de salud (popularmente conocida como Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio u "Obamacare") ha establecido nuevos mercados de seguros médicos federales y estatales (también llamados intercambios) donde personas no aseguradas y empleados de empresas pequeñas pueden comprar seguro médico. ¿Ha adquirido cubierta a través de alguno de estos mercados: Covered California; nystateofhealth; HealthCare.gov; CiudadodeSalud.gov? (Select only one.)

No 0 ☐

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

34. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido gastos médicos cubiertos mediante Medicaid de Emergencia? (Select only one.)

No 0 ☐

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

35. Un plan de cobertura catastrófica cubre 3 visitas médicas al año, y solo cubre servicios médicos después que un individuo pague miles de dólares (por ejemplo, los primeros \$6,000 o más en gastos médicos). En los pasados 12 meses, ¿ha comprado un plan de cobertura catastrófica? [Note to the interviewers: Catastrophic health plans cover persons younger than age 30 years.] (Select only one.)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 39

Sí 1 ☐ GO TO QUESTION 39

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 39

Don't know/Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 39

36. ¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro o cobertura médica? (Select only one.)

6 meses o menos 1 ☐

Más de 6 meses, pero no más de 1 año 2 ☐

Más de 1 año, pero no más de 3 años 3 ☐

Más de 3 años 4 ☐

Nunca ha tenido seguro o cobertura 5 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

37. ¿Cuáles son las razones principales por las que actualmente no tiene seguro médico? Check all that apply.

a. Muy caro; el costo es muy alto

No 0 ☐ Sí 1 ☐

b. No es elegible para cobertura a través del patrono (empleador)

0 ☐ 1 ☐

c. Su patrono o empleador (o el patrono del cónyuge, pareja u otro familiar) no ofrece seguro médico

0 ☐ 1 ☐

d. Se le negó seguro médico debido a una condición pre-existente

0 ☐ 1 ☐

e. No es elegible para Medicaid/Medi-Cal o recientemente perdió la cobertura a través de Medicaid/Medi-Cal

0 ☐ 1 ☐

f. Ha perdido la capacidad de obtener seguro médico mediante el cónyuge, pareja u otro familiar

0 ☐ 1 ☐

g. No es elegible para crédito fiscal anticipado para la prima ("premium tax credits") u otros créditos de impuestos

0 ☐ 1 ☐

h. No es elegible debido al estatus de su ciudadanía

0 ☐ 1 ☐

i. No necesita seguro

0 ☐ 1 ☐

j. No sabe cómo solicitar seguro médico

0 ☐ 1 ☐

k. Otro

k.1. Specify: _____

0 ☐ 1 ☐

l. Refused

0 ☐ 1 ☐

m. Don't know/Not Sure

0 ☐ 1 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

38. En los pasados 12 meses, ¿ha recibido cubierta para gastos médicos a través de Medicaid de Emergencia? (Select only one.)

No 0 ☐

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

E. The following block of questions [Q39-41] is about place of birth and citizenship status.

En esta última sección del cuestionario le voy a hacer algunas preguntas sobre su lugar de nacimiento y ciudadanía. Algunas personas consideran que estas preguntas son de carácter sensible o privado. Algunas personas no se sienten cómodas respondiendo a estas preguntas. Ud. puede decidir si quiere responder algunas de estas preguntas o ninguna de ellas. Nosotros, el equipo de SOL, respetamos su decisión. Le aseguramos que si decide NO responder a estas preguntas, su participación en el estudio o los referidos que hayan sido programados NO SE AFECTARÁN. Mantendremos sus respuestas de manera confidencial. Bloquearemos sus respuestas de manera que nadie fuera del estudio las vea. .

These questions will be asked to all participants.

39. ¿Dónde nació? (Select only one.)

En los EE.UU. (Estados Unidos)

1 ☐

Especifique el estado o territorio: _____

Fuera de los EE.UU. (Estados Unidos)

2 ☐

Especifique el país: _____

Especifique provincia o estado: _____

Especifique ciudad o pueblo: _____

40. ¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos? (Select only one.)

No, no soy ciudadano(a) de los Estados Unidos

0 ☐

Sí, nació en los EE.UU. (Estados Unidos)

1 ☐ End Questionnaire

Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes o las Islas Marianas del Norte

2 ☐ End Questionnaire

Sí, nació en el extranjero de padre o madre que son ciudadanos de los EE.UU. (Estados Unidos)

3 ☐ End Questionnaire

Sí, es ciudadano(a) por naturalización

4 ☐ End Questionnaire

Especifique el año: _____

Refused

8 ☐ End Questionnaire

Don't know/Not Sure

9 ☐ End Questionnaire

ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: 1, 9/24/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

41. Si respondió "No" a la pregunta anterior, ¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación?
(Select only one)

Tiene la tarjeta de residente permanente ("Green Card")

1 ☐

Ha solicitado la Tarjeta Verde ("Green Card")

2 ☐

Tiene otro tipo de visa

3 ☐

Especifique: _____

Ninguna de las anteriores

4 ☐

Refused

8 ☐

Don't know/Not Sure

9 ☐