



HCHS/SOL- Health Care Questionnaire (HCS)

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

FORM CODE: HCS
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

0c. Participant Sex Assigned at Birth: (1=Male, 2=Female) [Prefill from DEM1]

0d. Age: [Prefill from DEM3]

0e. Does the participant have diabetes? (0=No, 1=Yes) [Prefill from PSE4]

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 [Q1-6] 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 típicamente 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 3

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐ GO TO QUESTION 3

Don't Know/ Not Sure 9 ☐ GO TO QUESTION 3

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: 2, 2/18/2022

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

3. En los pasados 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que necesitó atención médica y no pudo obtenerla debido al costo? (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

4. 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 ☐ 1 ☐

b. Consulta con un médico generalista 0 ☐ 1 ☐

c. Consulta con un médico especialista 0 ☐ 1 ☐

d. Procedimiento quirúrgico 0 ☐ 1 ☐

e. Procedimiento clínico 0 ☐ 1 ☐

f. Consejería sobre estrés, terapia del comportamiento, servicios de salud mental 0 ☐ 1 ☐

g. Servicios dentales 0 ☐ 1 ☐

h. Lentes con receta 0 ☐ 1 ☐

i. Problemas con obtener o con el costo de otros servicios 0 ☐ 1 ☐

i.1. Especifique: _____

j. Refused 0 ☐ 1 ☐

k. Don't know/Not Sure 0 ☐ 1 ☐

5. 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

6. 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

B. These next questions are about routine medical care.

7. ¿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 ☐

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

FORM CODE: HCS
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

8. ¿Hay algún lugar donde va GENERALMENTE cuando está enfermo o necesita consejos sobre su salud? (Select only one)

- No hay un lugar 0 ☐ GO TO QUESTION 10
- Sí 1 ☐
- Hay más de un lugar 2 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

9. ¿A qué tipo de lugar va con más frecuencia? (Select only one)

- Clínica o centro de salud 1 ☐ GO TO QUESTION 11
- Consultorio médico o HMO 2 ☐ GO TO QUESTION 11
- Sala de emergencias 3 ☐ GO TO QUESTION 11
- Clínica ambulatoria (externa) de un hospital 4 ☐ GO TO QUESTION 11
- Algún otro lugar 5 ☐ GO TO QUESTION 11
- No va a un lugar con mayor frecuencia 6 ☐
- Refused 8 ☐
- Don't know/Not Sure 9 ☐

10. ¿Por qué no tiene un lugar donde obtiene atención médica regularmente? (Select all that apply)

No Sí

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. No necesita un médico o no ha tenido problemas | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. No le gusta, no confía, o no cree en médicos | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. No sabe dónde ir | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. El médico que tenía anteriormente no está disponible/se mudó | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. Muy cara; no tiene seguro; costo alto | 0 ☐ | 1 ☐ |
| f. Habla un idioma diferente | 0 ☐ | 1 ☐ |
| g. No hay atención disponible; la atención está muy lejos o no es conveniente | 0 ☐ | 1 ☐ |
| h. Lo dejó para después; no llegó a hacerlo | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i. Otra razón | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i.1. Especifique: _____ | | |
| j. Refused | 0 ☐ | 1 ☐ |
| k. Don't know/Not Sure | 0 ☐ | 1 ☐ |

11. ¿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 de 12 meses] 1 ☐
- En los últimos 2 años [hace 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: 2, 2/18/2022

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

C. The following question is about services for persons with diabetes [skip if nondiabetic]

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 12. En los pasados 12 meses, usted mismo, su familia o un médico verificaron lo siguiente: | | |
| a. Sus niveles de glucosa (azúcar) | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. Sus niveles de hemoglobina A1c | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Sus ojos para ver si tiene daño a la retina | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. Su orina para determinar si su diabetes está afectando sus riñones | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. Sus pies por llagas o lesiones | 0 ☐ | 1 ☐ |
| f. Su presión arterial | 0 ☐ | 1 ☐ |
| g. Sus niveles de lípidos | 0 ☐ | 1 ☐ |
| h. Refused | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i. Don't know/Not sure | 0 ☐ | 1 ☐ |

D. These next questions are about health insurance

13. ¿Tiene seguro médico o algún plan de cobertura de salud? (Select only one)

No 0 ☐ GO TO QUESTION 15

Sí 1 ☐

Refused 8 ☐

Don't know/Not Sure 9 ☐

14. ¿Está ACTUALMENTE cubierto(a) mediante cualquiera de los siguientes tipos de seguros médicos o coberturas? (Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h).

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

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

FORM CODE: HCS
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion	0	3
---------------------	---	---

Occurrence	0	1
------------	---	---

15. 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.

En los pasados 12 meses, ¿ha adquirido cobertura a través de alguno de estos mercados: Covered California; nystateofhealth; HealthCare.gov; CuidadodeSalud.gov? (Select only one)

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

16. 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 ☐

17. SKIP IF Q13 and/or Q15=1: ¿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 ☐

18. SKIP IF Q13 and/or Q15=1. ¿Cuáles son las razones principales por las que actualmente no tiene seguro médico? (Check all that apply)

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Muy caro; el costo es muy alto | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. No es elegible para cobertura a través del patrón (empleador) | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Su patrón o empleador (o el patrón 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. Otra razón | 0 ☐ | 1 ☐ |
| k.1. Especifique: _____ | | |
| l. Refused | 0 ☐ | 1 ☐ |
| m. Don't know/Not Sure | 0 ☐ | 1 ☐ |