



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Health Care Use_Spanish

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

FORM CODE: HCS
VERSION: A 1/02/08

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

1. En los últimos 12 meses, ¿dónde recibió usted la mayor parte de su atención médica?

- En los Estados Unidos 1
- En mi país de origen (si no es los EEUU) 2
- En otro país 3
- No recibí ninguna atención médica en los últimos 12 meses 4
- Rehusó 5

2. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que necesitó atención médica pero no pudo obtenerla?

- No 0 → **GO TO QUESTION 5**
- Sí 1
- Rehusó 2
- No sabe 9

3. En los últimos 12 meses, ¿por qué razón o razones no recibió usted atención médica cuando la necesitó?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. No pudo comunicarse por teléfono con el consultorio médico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. No pudo obtener una cita lo suficientemente rápido | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Cuando llegó al consultorio médico, tuvo que esperar demasiado para ver al doctor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. La clínica/el consultorio médico no estaba abierto(a) cuando usted podía ir | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. No tenía medios de transporte | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. No tenía acceso a un intérprete | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. No podía tomar tiempo libre de su trabajo | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Estaba preocupado(a) de que hubiera alguna consecuencia legal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Estaba cuidando a alguien y no podía dejarlo solo(a) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. No podía pagarle | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

IF YES TO 3j →

4. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó usted algo de lo siguiente, pero no lo obtuvo porque no podía pagarlo

- | | No | Sí |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Medicamentos con receta médica | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a ver a un doctor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Cuidado o consulta de salud mental | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Cuidado dental | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Anteojos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio usted a un/a doctor(a) u otro profesional de salud para recibir atención médica?

Número de veces

IF RESPONSE TO QUESTION 5 IS ZERO → GO TO QUESTION 9

6. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal del consultorio médico o de una clínica...

- | | Nunca | Algunas veces | Usualmente | Siempre |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. lo(a) trató con cortesía y respeto? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. lo(a) ayudaron tanto como usted pensó deberían ayudarlo(a)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

7. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados de salud...

- | | Nunca | Algunas veces | Usualmente | Siempre |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. le escucharon con atención? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. le explicaron las cosas de manera que usted pudiera entender? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. demostraron respeto a lo que usted tenía que decir? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. le dedicaron tiempo suficiente? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

8. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le fue difícil hablar con un doctor o entender a un doctor o a otros profesionales de salud porque ustedes hablaban en idiomas diferentes?

- | | |
|---------------|----------------------------|
| Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| Algunas veces | 2 <input type="checkbox"/> |
| Usualmente | 3 <input type="checkbox"/> |
| Siempre | 4 <input type="checkbox"/> |

9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un curandero, santero, espiritista u otro servicio de medicina tradicional para tratar cualquier problema de salud emocional o física?

- | | | |
|---------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Rehusó | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted en la actualidad?

- | | No | Sí | |
|---|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| a. Ninguno, ningún seguro y sin cobertura en la actualidad | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 11 |
| b. Cobertura ofrecida a través de su empleador anterior o actual o un sindicato (sin incluir cobertura militar) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| c. Cobertura a través de un plan individual | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| d. Cobertura a través de Medicaid | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| e. Cobertura a través de Medicare | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| f. Cobertura ofrecida a través del personal militar (por ejemplo, CHAMPUS o Tri-Care) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| g. Cobertura a través de los servicios de salud para indios americanos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| h. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| i. Rehusó | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| j.. No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |

IF PARTICIPANTS REPORTS HAVING HEALTH INSURANCE COVERAGE → END QUESTIONNAIRE

11. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usted tuvo seguro médico?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 6 meses o menos | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hace más de un año, pero no más de 3 años | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Más de 3 años | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Nunca ha tenido seguro | 5 | <input type="checkbox"/> |
- **END QUESTIONNAIRE**

12. ¿Cuál de las siguientes razones hicieron que usted dejara de tener seguro médico?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Alguien en la familia con seguro médico perdió el empleo o cambió de empleador | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Se divorció o separó/muerte del (la) esposo(a) o padre/madre | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Perdió el derecho a tener seguro médico debido a la edad/dejó la escuela | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. El empleador no ofrece cobertura o usted no reúne los requisitos para obtener cobertura | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. El precio es muy alto; la compañía de seguros se rehúsa a dar cobertura | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Cobertura de Medicaid/plan médico terminó después del embarazo | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Perdió cobertura de Medicaid/plan médico porque tiene un nuevo empleo o aumentaron sus ingresos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Perdió cobertura de Medicaid (por otra razón no mencionada anteriormente) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Otra | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Si es otra razón, por favor, especifique: _____</i> | | |
| j. Rehusó | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |