



HCHS/SOL- Health Care Questionnaire (HCS)

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

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

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Occurrence	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------

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]

0f. US Citizen [Prefill from VINL50a]

0=Not a US citizen; 1=US born citizen; 2=US territory born citizen; 3=Born abroad to US citizen parent(s); 4=Naturalized citizen

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)

a. Examen o chequeo anual o cuidado preventivo

No Sí

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 <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 obtener o 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"/>

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?

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. No le gusta, no confía, o no cree en médicos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. No sabe dónde ir | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. El médico que tenía anteriormente no está disponible/se mudó | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Muy cara; no tiene seguro; costo alto | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Habla un idioma diferente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. No hay atención disponible; la atención está muy lejos o no es conveniente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Lo dejó para después; no llegó a hacerlo | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Otra razón | 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"/> |

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. <u>En los pasados 12 meses</u> , usted mismo, su familia o un médico verificaron lo siguiente: | | |
| a. Sus niveles de glucosa (azúcar) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Sus niveles de hemoglobina A1c | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Sus ojos para ver si tiene daño a la retina | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Su orina para determinar si su diabetes está afectando sus riñones | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Sus pies por llagas o lesiones | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Su presión arterial | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Sus niveles de lípidos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Refused | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Don't know/Not sure | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

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 <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. <i>Medicare</i> , para personas que tienen 65 años o más, o con ciertas discapacidades | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. <i>Medicaid</i> , <i>Medi-Cal</i> , o cualquier otro plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o discapacidades | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Administración de Veteranos (VA) (incluyendo aquellos que alguna vez hayan utilizado o se hayan inscrito en servicios de salud de la VA) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. <i>TRICARE</i> , <i>CHAMPUS</i> u otro plan de servicios de salud militar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. <i>Indian Health Service</i> (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"/> |

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 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. No es elegible para cobertura a través del patrón (empleador) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Su patrón o empleador (o el patrón del cónyuge, pareja u otro familiar) no ofrece seguro médico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Se le negó seguro médico debido a una condición pre-existente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. No es elegible para <i>Medicaid/Medi-Cal</i> o recientemente perdió la cobertura a través de <i>Medicaid/Medi-Cal</i> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Ha perdido la capacidad de obtener seguro médico mediante el cónyuge, pareja u otro familiar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. No es elegible para crédito fiscal anticipado para la prima (<i>premium tax credits</i>) u otros créditos de impuestos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. No es elegible debido al estatus de su ciudadanía | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. No necesita seguro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. No sabe cómo solicitar seguro médico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. Otra razón | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k.1. Especifique: _____ | | |
| l. Refused | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| m. Don't know/Not Sure | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

E. The following questions are about 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 a algunas de estas preguntas o a 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 confidenciales y nadie fuera del estudio podrá verlas.

These questions are asked of all participants who indicated they were not a U.S. citizen at V2 (HCE40=0) or whose citizenship information is missing.

19. Desde su última visita el [insert date], ¿se ha convertido en ciudadano de los Estados Unidos? (Select only one)

- No, no soy ciudadano de los EE.UU. 0
- Sí, se ha convertido en ciudadano de los Estados Unidos 1
- Refused 8
- Don't know/Not Sure 9

20. Si respondió "No" a la pregunta anterior, ¿cuál de las siguientes describe mejor su situación? (Select only one)
[Skip Q19 if 0f=1]

- Tiene la tarjeta de residente permanente ("Green Card") 1
- Ha solicitado la Tarjeta Verde ("Green Card") 2
- Tiene otro tipo de visa 3
- Ninguna de las anteriores 4
- Refused 8
- Don't know/Not Sure 9

20a. Especifique otro tipo de visa: _____