



HCHS/SOL Health Care Use_Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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: B 9/01/10

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

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 → **GO TO QUESTION 5**
- No sabe 9 → **GO TO QUESTION 5**

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 pagarlo | 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 doctor 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"/>

