



# HCHS/SOL Health Care Use\_Spanish

ID NUMBER:	<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"/> |

10. Las próximas preguntas son sobre seguro médico.

- a. ¿Tiene usted seguro médico o cobertura de salud médica? No 0  **IF NO GO TO Q 11**  
Sí 1

- ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted en la actualidad?
- b. Cobertura ofrecida a través de su empleador anterior o actual o un sindicato (sin incluir cobertura militar) No  Sí
- c. Cobertura a través de un plan individual 0  1
- d. Cobertura a través de Medicaid 0  1
- e. Cobertura a través de Medicare 0  1
- f. Cobertura ofrecida a través del personal militar (por ejemplo, CHAMPUS o Tri-Care) 0  1
- g. Cobertura a través de los servicios de salud para indios americanos 0  1
- h. Otro 0  1
- i. Rehusó 0  1
- j. No sabe 0  1

**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
- Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año 2
- Hace más de un año, pero no más de 3 años 3
- Más de 3 años 4
- Nunca ha tenido seguro 5  → **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"/> |