

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-XXXX). Do not return the completed form to this address.



HCHS/SOL Health Care Use_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: HCS
VERSION: A 7/11/07

Contact Occasion SEQ #

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Mark the appropriate box for the response. Unless instructed, mark **ONLY** one response.

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 4**
- 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? (Mark all that apply)

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

IF YES TO 3j →

4. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó usted algo de lo siguiente, pero que no lo obtuvo porque no podía pagarlo (Mark all that apply)

- a. Medicamentos con receta médica
- b. Ir a ver a un doctor
- c. Tratamiento o consejería para salud mental
- d. Cuidado dental
- e. Anteojos, lentes, gafas, espuejelos

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...

- | | Siempre | Usualmente | Algunas veces | Nunca |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 profesionales de salud...

- | | Siempre | Usualmente | Algunas veces | Nunca |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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/a doctor(a) o a otros profesionales de salud porque ustedes hablaban en idiomas diferentes?

- Nunca 1
- Algunas veces 2
- Usualmente 3
- Siempre 4

9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un curandero, santero, espiritista u otra alternativa de curación 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? (Mark all that apply)

- a. Ninguna → **END QUESTIONNAIRE**
- b. Cobertura ofrecida a través de su empleador anterior o actual, o una cooperativa de ahorro y crédito (sin incluir cobertura militar)
- c. Cobertura a través de un plan individual
- d. Cobertura a través de Medicaid
- e. Cobertura a través de Medicare
- f. Cobertura ofrecida a través del personal militar (por ejemplo, CHAMPUS o Tri-Care)
- g. Cobertura a través de los servicios de salud para indios americanos
- h. Otro
- i. Rehusó
- j. No sabe

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 hicieran que usted dejara de tener seguro médico? (Mark all that apply)

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