

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009  
COMMUNITY COMPONENT  
MP. MEDICAL PROVIDER VISIT

MP1.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted algún médico?

MP2.

¿A quién vio usted?

MP2A.

¿Qué tipo de (profesional de salud/profesional de salud mental/terapeuta/personal médico) es (PROVIDER NAME)?

MP3.

¿Está asociado(a) (PROVIDER NAME) con una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

MP4.

¿Está asociado(a) (PROVIDER NAME) con su plan [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?

MP5.

¿Fue referido(a) usted a (PROVIDER NAME) por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?

MP5B.

¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no vio un médico asociado con [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] o un médico al que [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] le haya referido?

- PLAN NO CUBRE LOS SERVICIOS QUE SP QUERÍA ..... 1
- DIFICULTAD O DEMORA PARA RECIBIR LOS SERVICIOS.. 2
- PROVEEDOR PREFERIDO POR SP ..... 3
- ESTE SERVICIO ESTABA CUBIERTO POR OTRO  
SEGURO QUE TENÍA SP ..... 4
- NO ESTABA EN UN PLAN ADMINISTRADO AL MOMENTO  
DEL EVENTO..... 5
- NO TUVO ALTERNATIVA – EMERGENCIA MÉDICA O  
FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO ..... 6
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 91

MP6.

¿Cuándo vio usted a (PROVIDER NAME)? Por favor, dígame todas las fechas desde (REFERENCE DATE).

MP6B.

Hemos anotado que en (EVENT MONTH) usted estuvo también en [READ EVENT(S) LISTED BELOW]. ¿Fue esta visita a (PROVIDER NAME) una visita mientras usted estaba en (el/la) [READ EVENT(S) LISTED BELOW]/alguno de estos lugares?

MP7.

¿Le hicieron a usted alguna operación durante (alguna visita/la visita) de (VISIT ON EVENT DATE)?

[Operaciones incluye cirugía y otros procedimientos quirúrgicos tales como componer los huesos, sutura o eliminación de crecimientos o cualquier corte de la piel.]

MP10.

¿Fue (esta visita/alguna de esas visitas) a (PROVIDER NAME) por alguna afección específica?

MP11.

¿Para qué afección fue necesario(a) la cirugía?/¿Cuál fue la afección?

MP12.

Durante (esta visita/alguna de esas visitas) a (PROVIDER NAME), ¿le recetaron alguna medicina?

MP13.

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

MP13A.

Sería útil si yo pudiese ver alguna(s) botella(s), envase(s), o bolsa(s) que usted tenga, para poder escribir correctamente el nombre de la medicina y anotar la potencia de la medicina.

También, por favor saque su estado de cuenta de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME), el cual debe tener la misma información.

[IF RESPONDENT HAS BOTTLE, ASK: Voy a necesitar la misma información para todas las medicinas que usted obtuvo desde la última entrevista, si quiere traiga esas botellas, también]

MP14.

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

MP17.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este médico o a algún otro médico?

MP18.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visto usted, un profesional de la salud tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta?

[Profesionales de la salud incluye acupunturista audiólogo, optómetra, quiropráctico, podiatra (médico de los pies), homeópata, naturópata o cualquier otro tipo de proveedor de la salud que no es un médico.]

MP25.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este profesional o a algún otro profesional de la salud?

MP26.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted un profesional de salud mental tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta?

[Profesional de salud mental incluye siquiatra, sicólogo, trabajador social clínico y consejero profesional lincenciado.]

MP33.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este profesional o a algún otro profesional de salud mental?

MP34.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted un terapeuta tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta?

[Terapeuta incluye terapeuta físico, terapeuta del habla, terapeuta intravenoso (IV), terapeuta masagista, terapeuta ocupacional y terapeuta respiratorio.]

MP41.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted otras visitas a este terapeuta o a algún otro terapeuta?

MP42.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visto usted algún otro personal médico tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta?

[Otro personal médico incluye enfermera, enfermera practicante, paramédico y ayudantes de médicos.]

MP49.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a esta persona o a algún otro personal médico?

MP50.

(Además de lo que ya ha mencionado),

Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visitado usted algún otro tipo de lugar médico tales como los que aparecen en esta tarjeta?

[Otros tipos de lugares médico incluyen clínica de salud, centro de salud del vecindario, clínica rural de salud, enfermería, clínica de salud mental, centro de cuidado de urgencia o algún otro lugar.]

MP56.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este lugar o a algún otro tipo de lugar médico?

ATTACHMENT MP1

LISTA DE TIPO DE PROVEEDORES

1. DENTISTA/PROVEEDOR DENTAL
2. MÉDICO —————→
3. AUDIÓLOGO
29. ACUPUNTURISTA
4. QUIROPRÁCTICO
5. TRABAJADOR SOCIAL CLÍNICO
6. DIETISTA-NUTRICIONISTA
7. TERAPEUTA DE LA AUDICIÓN
8. SALUD EN EL HOGAR/AYUDANTE DE SALUD
9. AMA DE CASA
30. HOMÉOPATA
10. TRABAJADOR DE HOSPICIO
11. TERAPEUTA DE IV (INTRAVENOSO)
28. ENFERMERA PRÁCTICA LICENCIADA (“LPN”)
33. CONSEJERO PROFESIONAL LICENCIADO (“LPC”)
31. MASAGISTA TERAPEUTICO
32. NATURÓPATA
12. ENFERMERA (RN)
13. ENFERMERA PRACTICANTE
14. AYUDANTE DE ENFERMERA
15. TERAPEUTA OCUPACIONAL (“OT”)
16. OPTOMETRISTA
17. OSTÉOPATA (“DO”)
18. PARAMÉDICO
19. TERAPEUTA FÍSICO (“PT”)
20. ASISTENTE MÉDICO
21. PODIATRA (MÉDICO DE LOS PIES)
22. PSICÓLOGO
23. TERAPEUTA RESPIRATORIO
24. TRABAJADOR SOCIAL/TRABAJADOR DE CASO
25. TERAPEUTA DEL HABLA
26. TERAPEUTA (SALUD MENTAL)
27. TÉCNICO DE RAYOS X
91. PROVEEDOR MÉDICO DE OTRA ESPECIALIDAD (NO MÉDICO)  
ESPECIFIQUE

ATTACHMENT MP2  
(QUESTION AC20)

MD SPECIALTY CODE LIST

1. ALERGIA/INMUNOLOGÍA
2. ANESTESIOLOGÍA
3. CARDIOLOGÍA (CORAZÓN)
5. DERMATOLOGÍA (PIEL)
7. ENDOCRINOLOGÍA/METABOLISMO (DIABETES, TIROIDE)
8. PRÁCTICA FAMILIAR
9. GASTROENTEROLOGÍA
10. PRÁCTICA GENERAL
11. CIRUGÍA GENERAL
12. GERIATRÍA (ENVEJECIENTES)
13. GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
14. HEMATOLOGÍA (SANGRE)
15. RESIDENCIA EN HOSPITAL
16. MEDICINA INTERNA (INTERNISTA)
17. NEFROLOGÍA (RIÑONES)
18. NEUROLOGÍA
19. MEDICINA NUCLEAR
20. ONCOLOGÍA (TUMORES, CÁNCER)
21. OFTALMOLOGÍA (OJOS)
22. ORTOPEDIA
24. OSTEOPATÍA
25. OTORINOLARINGOLOGÍA
26. PATOLOGÍA
27. FISIOLOGÍA/REHABILITACIÓN
28. CIRUGÍA PLÁSTICA
29. PROCTOLOGÍA
30. PSIQUIATRÍA/PSIQUIATRA
31. PULMONAR (PULMONES)
32. RADIOLOGÍA
33. REUMATOLOGÍA (ARTRÍTIS)
34. CIRUGÍA DEL TÓRAX (PECHO)
35. UROLOGÍA
91. OTRA ESPECIALIDAD MÉDICA (ESPECIFIQUE)