

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
OP. OUTPATIENT VISIT

OP1.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha ido usted al departamento de pacientes externos o ambulatorios o a la clínica de pacientes externos o ambulatorios de algún hospital para cuidado médico?

OP2.

¿Dónde fue usted, (a qué hospital)?

OP3.

¿Es (HOSPITAL NAME) una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

OP3A.

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

OP3B.

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

OP3D

¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no fue a un departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital asociado con [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] o un departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital 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 91

OP4.

¿Cuándo fue usted a un departamento de pacientes externos o ambulatorios de (HOSPITAL NAME)? Por favor, dígame todas las fechas desde (REFERENCE DATE)

OP5.

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

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

OP8.

¿Fue (esta visita/alguna de esas visitas) al departamento de pacientes externos o ambulatorios por alguna afección específica?

OP9.

¿Cuál fue la afección para la que se necesitó la cirugía?/¿Cuál fue la afección?

OP10.

Durante (esta visita/alguna de esas visitas) al departamento de pacientes externos o ambulatorios, ¿le recetaron alguna medicina?

OP11.

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

OP11A.

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]

OP12.

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

OP15.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita al departamento de pacientes externos o ambulatorios de este o de algún otro hospital para recibir servicios?