

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
US. USUAL SOURCE OF CARE

US1.

¿Hay alguna persona de profesión médica o una clínica en particular a la cuál usted va usualmente cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud?

US2.

¿A qué tipo de lugar va usualmente usted cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud -- es ése un centro de un plan de servicios de cuidado administrado o HMO, una clínica, el consultorio de un médico, un hospital o algún otro lugar?

IF CLINIC, ASK: ¿Es ésta una clínica de pacientes externos o ambulatorios, o algún otro tipo de clínica?

IF SOME OTHER PLACE, ASK: ¿Dónde es ésto?

CONSULTORIO DE UN MÉDICO O PRÁCTICA	
DE GRUPO	1
CLÍNICA MÉDICA	2
CENTRO DE UN PLAN DE SERVICIOS DE CUIDADO	
ADMINISTRADO/HMO	3
CENTRO DE SALUD DEL VECINDARIO/FAMILIAR	4
CENTRO DE CIRUGÍA INDEPENDIENTE	5
CLÍNICA RURAL DE SALUD	6
CLÍNICA DE UNA COMPAÑÍA	7
OTRA CLINICA	8
CENTRO DE URGENCIAS	9
MÉDICO VIENE A LA CASA DE SP	10
SALA DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL	11
DEPARTAMENTO DE PACIENTES EXTERNOS O	
AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL/CLÍNICA	12
ESTABLECIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE	
VETERANOS (V.A.)	13
CENTRO DE SALUD MENTAL	14
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

US2A.

¿Está este(a) (médico/clínica médica) asociado(a) con su plan [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?

US3A.

¿Cuál es el nombre completo (del/de la) [lugar/HMO/(US2 RESPONSE)] (al/a la) que usted va?

US4.

¿Hay un médico en particular que usted ve normalmente en este(a) [lugar/HMO/(US2 RESPONSE)]?

US5A.

¿Cuál es el nombre completo de ese médico?

US6A.

¿Cuál es la especialidad de (US5A PROVIDER NAME)?

ALERGIA/INMUNOLOGÍA	1	ONCOLOGÍA (TUMORES, CÁNCER)	20
ANESTESIOLOGÍA.....	2	OFTALMOLOGÍA (OJOS).....	21
CARDIOLOGÍA (CORAZÓN)	3	ORTOPEDIA.....	22
DERMATOLOGÍA (PIEL)	5	OSTEOPATÍA (DO)	24
MÉDICO DE SALA DE EMERGENCIA	6	OTORRINOLARINGOLOGÍA (OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA)	25
ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO (DIABETES, TIROIDE).....	7	PATOLOGÍA	26
PRACTICA FAMILIAR.....	8	FISIOLOGÍA MED/REHABILITACIÓN.	27
GASTROENTEROLOGÍA	9	CIRUGÍA PLÁSTICA.....	28
PRÁCTICA GENERAL	10	PROCTOLOGÍA.....	29
CIRUGÍA GENERAL	11	SIQUIATRÍA/SIQUIATRA.....	30
GERIATRÍA (ENVEJECIENTES)	12	PULMONAR (PULMONES)	31
GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	13	RADIOLOGÍA.....	32
HEMATOLOGÍA (SANGRE).....	14	REUMATOLOGÍA (ARTRITIS).....	33
RESIDENCIA EN HOSPITAL	15	CIRUGÍA DEL TÓRAX (PECHO)	34
MEDICINA INTERNA (INTERNISTA).....	16	UROLOGÍA.....	35
NEFROLOGIA (RIÑÓN).....	17	OTRA ESPECIALIDAD MÉDICA	91
NEUROLOGÍA	18		
MEDICINA NUCLEAR.....	19		

US7.

¿Hace [(US5A PROVIDER NAME)/un médico de (US3A PROVIDER NAME)] visitas a domicilio?

US8.

¿Cómo llega normalmente usted [al consultorio de (US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)]?

[EXPLAIN IF NECESSARY: ¿Llega usted ahí caminando, manejando, alguna otra persona le lleva en carro, en ambulancia, o en algún otro vehículo para personas discapacitadas, en taxi, otro tipo de transportación pública o de alguna otra manera?]

- CAMINANDO 1
- MANEJANDO..... 2
- ALGUIEN LE LLEVA EN CARRO 3
- AMBULANCIA O ALGUN OTRO VEHÍCULO ESPECIAL.... 4
- TAXI..... 5
- OTRA TRANSPORTACIÓN PÚBLICA..... 6
- MÉDICO NORMALMENTE VIENE AL DOMICILIO 7
- ALGÚN OTRO MEDIO (ESPECIFIQUE) _____ 91

US9.

¿Más o menos cuánto se demora normalmente usted en llegar allá?

US10.

Normalmente, ¿tiene alguien que le acompañe a usted ahí?

US11.

¿Quién va usualmente con usted?

US11A1.

¿Con qué frecuencia está esa persona presente con usted mientras el médico u otro personal médico le ve a usted? ¿Diría que siempre, algunas veces o nunca?

- SIEMPRE 1
- ALGUNAS VECES 2
- NUNCA..... 3

US11AA.

¿Cuáles son las razones por las que esta persona le acompaña a usted mientras ve al médico u otro personal médico? ¿Qué hace esta persona?

[PROBE: ¿Alguna otra persona?

ANOTA LO QUE EL MÉDICO DICE/ANOTA LAS INSTRUCCIONES/TOMA NOTAS/RECUERDA.....	1
DA INFORMACIÓN/EXPLICA LA CONDICIÓN MÉDICA O NECESIDADES DE SP AL MÉDICO	2
LE EXPLICA LAS INSTRUCCIONES DEL MÉDICO A SP..	3
HACE PREGUNTAS.....	4
TRADUCE.....	5
HACE LAS CITAS.....	6
NADA/ACOMPaña A SP/SE SIENTA CON SP/LE DA APOYO MORAL.....	7
TRANSPORTACIÓN.....	8
SP NECESITA AYUDA FÍSICA.....	9
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

US15.

¿Cuánto tiempo hace que usted ha estado [(viendo a (US5A PROVIDER NAME)/yendo a (US3A PROVIDER NAME)]?

MENOS DE 1 AÑO	1
DE 1 AÑO A MENOS DE 3 AÑOS	2
DE 3 AÑOS A MENOS DE 5 AÑOS.....	3
DE 5 AÑOS A MENOS DE 10 AÑOS.....	4
10 AÑOS O MÁS	5

US17.

Antes que usted empezara a [ver a (US5A PROVIDER NAME)/ir a (US3A PROVIDER NAME)], ¿estaba usted yendo normalmente a algún otro lugar o viendo algún otro médico para cuidado médico?

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre los servicios de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) /(US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

- a. [Su médico es/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME) son] muy cuidadosos para verificar cada cosa cuando lo examinan a usted.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- b. [Su médico es/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME) son] muy competente(s) y bien capacitado(s).

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- c. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] comprenden muy bien su historial médico.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- d. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] comprenden totalmente las cosas que están mal con usted.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- e. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente parecen andar de carrera.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

US32.

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

- a. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente a usted no le explica(n) los problemas médicos suyos.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- b. Frecuentemente usted tiene problemas de salud que deberían ser discutidos pero nose discuten.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- c. [Su médico/Los médicos (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente actúa(n) como si (él/ella/ellos/ellas) le estuviesen haciendo un favor al hablar con usted.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- d. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] le dice(n) a usted todo lo que desea saber sobre su condición y tratamiento.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- e. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] siempre responde(n) a todas sus preguntas.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

US37.

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

- a. Usted tiene gran confianza en [su médico/los médicos de (US3A PROVIDER NAME)].

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

- b. Usted depende de [(su médico/los médicos de (US3A PROVIDER NAME))] para sentirse mejor física y emocionalmente.

TOTALMENTE DE ACUERDO..... 1
DE ACUERDO 2
EN DESACUERDO 3
TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

US39.

Le voy a leer algunas razones que las personas han dado para no tener una fuente usual para cuidado de salud. Para cada una, por favor dígame si esta es o no una razón por la cual usted no tiene un lugar usual para cuidado de salud.

- a. No hay razón para tener una fuente usual de cuidado de salud porque usted rara vez o nunca se enferma. ¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?

- b. Usted se mudó recientemente al área. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?]

- c. Su fuente usual de cuidado de salud ya no está disponible en esta área. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?]

US42.

¿Por qué su fuente usual de cuidado de salud ya no está disponible?

MÉDICO ANTERIOR SE RETIRÓ	1
MÉDICO ANTERIOR FALLECIÓ	2
MÉDICO ANTERIOR SE MUDÓ	3
SP SE MUDÓ	4
MÉDICO/LUGAR ANTERIOR ES MUY LEJOS.....	5
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

US43.

Pensando sobre otras posibles razones que las personas tienen para no tener una fuente usual de cuidado de salud, por favor dígame si esta afirmación es válida para usted:

- a. A usted le gusta ir a diferentes lugares para diferentes necesidades de salud. ¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?

- b. Los lugares en que usted puede recibir cuidados de salud están muy lejos. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?]

- c. El costo del cuidado de salud es muy caro. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente usual de cuidado de salud?]

ATTACHMENT US1
(QUESTION AC20)

MD SPECIALTY CODE LIST

1. ALERGIA/INMUNOLOGÍA
2. ANESTESIOLOGÍA
3. CARDIOLOGIA (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. OTORRINOLARINGOLOGÍA
26. PATOLOGÍA
27. FISIOLOGÍA/REHABILITACIÓN
28. CIRUGÍA PLÁSTICA
29. PROCTOLOGÍA
30. PSIQUIATRÍA/PSIQUIATRA
31. PULMONAR (PULMONES)
32. RADIOLOGÍA
33. REUMATOLOGÍA (ARTRITIS)
34. CIRUGÍA DEL TÓRAX (PECHO)
35. UROLOGÍA
36. OTRA ESPECIALIDAD MÉDICA