

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
HHS & HH. HOME HEALTH UTILIZATION AND EVENTS

HHS1.

Anotamos que usted ha recibido ayuda en el hogar de (alguien de) [READ PROVIDER BELOW] entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). ¿Le ha ayudado a usted (alguien de) [READ PROVIDER BELOW] en el hogar desde (REFERENCE DATE)?

HH1.

Además de lo que usted acaba de mencionar,

Desde el (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted ayuda en el hogar de algún (otro) profesional de la salud o médico, tal como los anotados en esta tarjeta?

[Profesionales de la salud incluye enfermera (enfermera visitadora, enfermera privada, etc.), médico, trabajador social, terapeuta, y trabajador de hospicio.]

HHS2.

Anotamos que usted ha recibido cuidado personal o ayuda con las necesidades diarias en el hogar de (alguien de) [READ PROVIDER BELOW] entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). ¿Ha recibido usted cuidado personal o ayuda con las necesidades diarias en el hogar de (alguna otra persona de) [READ PROVIDER BELOW] desde el (REFERENCE DATE)?

HH2.

¿Cuál es el nombre del profesional de la salud que le ayudó a usted en el hogar desde (REFERENCE DATE)?

HHS3.

Desde (REFERENCE DATE), ¿le ha proporcionado (PROVIDER NAME) a usted otros servicios distintos a reparto de comidas?

HH3.

¿Qué tipo de profesional de la salud es (PROVIDER NAME)?

1. DENTISTA/PROVEEDOR DENTAL
2. MÉDICO
3. AUDIÓLOGO
4. QUIROPRÁCTICO
5. TRABAJADOR SOCIAL CLÍNICO
6. DIETISTA-NUTRICIONISTA
7. TERAPEUTA DE LA AUDICIÓN
8. AYUDANTE DE SALUD EN EL HOGAR/AYUDANTE DE SALUD
9. AMA DE CASA
10. TRABAJADOR DE HOSPICIO
11. TERAPEUTA I.V.
12. ENFERMERA
13. ENFERMERA PRACTICANTE
14. ASISTENTE DE ENFERMERÍA
15. TERAPEUTA OCUPACIONAL
16. OPTÓMETRA
17. OSTEÓPATA
18. PARAMÉDICO
19. TERAPEUTA FÍSICO
20. ASISTENTE DE MÉDICO
21. PODIATRA (MÉDICO DE LOS PIES)
22. SICÓLOGO
23. TERAPEUTA RESPIRATORIO
24. TRABAJADOR SOCIAL/DE CASO
25. TERAPEUTA DEL HABLA
26. TERAPEUTA (SALUD MENTAL)
27. TÉCNICO DE RAYOS X
28. ENFERMERA PRÁCTICA LICENCIADA (LPN)
29. ACUPUNTURISTA
30. HOMÉOPATA
31. TERAPEUTA MASAJISTA
32. NATURÓPATA
33. CONSEJERO PROFESIONAL LICENCIADO (LPC)
34. TÉCNICO DE LABORATORIO
35. OTRA ESPECIALIDAD DE PROVEEDOR MÉDICO

HH4.

¿Para quién trabaja (PROVIDER NAME), es decir, para qué lugar u organización?

PROBE: ¿O (PROVIDER NAME) trabaja por cuenta propia?

HH5.

¿Para quién trabaja (PROVIDER NAME), es decir, para qué lugar u organización?

[PROBE: ¿A quién llamaría usted si (PROVIDER NAME) no se presentara?]

HH6.

¿Qué tipo de lugar u organización es (el/la) (PROVIDER NAME)?

PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO (TAL COMO UN HMO)	1
PROGRAMA DE COMIDAS (TAL COMO "MEALS ON WHEELS")	2
ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS VISITANTES	3
AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR	4
HOSPITAL	5
MÉDICO PRIVADO/PRÁCTICA DE GRUPO	6
HOSPICIO	7
REHABILITACIÓN O TERAPIA DE MEDICINA DEPORTIVA	8
ORGANIZACIÓN DEL GOBIERNO LOCAL	9
ORGANIZACIÓN DE LA IGLESIA O DE LA COMUNIDAD ...	10
LUGAR PARA VIVIR CON AYUDA/HOGAR DE RETIRO	11
OTRA (ESPECIFIQUE) _____	91

HH7.

Entre (REFERENCE DATE) y hoy, ¿le proporcionó (PROVIDER NAME) algunos servicios distintos a reparto de comidas?

HH8.

¿[(Está asociado (PROVIDER NAME) con/¿Es (PROVIDER NAME)] una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

HH10A.

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

HH10B.

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

HH10D.

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

PLAN NO CUBRE LOS SERVICIOS QUE SP QUERÍA.....	1
DIFICULTAD O ATRASO 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 DE CUIDADO ADMINISTRADO AL	
MOMENTO DEL EVENTO	5
NO TUVO ALTERNATIVA – EMERGENCIA MÉDICA O	
FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO	6
OTRO (ESPECIFIQUE) _____	91

HH11.

Entre (REFERENCE DATE) y hoy, ¿cuántas veces (ha venido/vino) al hogar (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) para ayudarle a usted?

Recuerde incluir a todos los proveedores de cuidado de salud en el hogar de (PROVIDER NAME).

- a. CANTIDAD TOTAL DE VECES _____
- b. CANTIDAD DE VECES AL DÍA _____
- c. CANTIDAD DE VECES A LA SEMANA _____
- d. CANTIDAD DE VECES AL MES _____

HH12.

Hablando en términos generales, ¿cuánto tiempo (permanece/permaneció) (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) con usted?

[INCLUYA EL TIEMPO HACIENDO COMPRAS O MANDADOS]

[PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

HH13.

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) proporcionándole algún tratamiento médico o de enfermería, tal como las cosas que aparecen en esta tarjeta?

["TRATAMIENTO MÉDICO O DE ENFERMERÍA" SIGNIFICA COSAS TALES COMO PONER VENDAS O VENDAJES ESTÉRILES, DAR MEDICAMENTOS, TOMAR LA PRESIÓN SANGUÍNEA, PONER VACUNAS O INYECCIONES.]

[PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

HH14.

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) con sus necesidades diarias haciendo cosas tales como las que aparecen en esta tarjeta?

["AYUDA CON LAS NECESIDADES DIARIAS" SIGNIFICA AYUDA PARA USAR EL TELÉFONO, HACER QUEHACERES DOMÉSTICOS, PREPARAR COMIDAS.]

[PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

HH15.

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME)/alguien de (PROVIDER NAME) con su cuidado personal haciendo cosas tales como las que aparecen en esta tarjeta?

["AYUDA CON EL CUIDADO PERSONAL" SIGNIFICA AYUDA PARA BAÑARSE, DUCHARSE, VESTIRSE, COMER, CAMINAR, USAR EL EXCUSADO O INODORO.]

[PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

HH16.

Desde el (REFERENCE DATE), ¿ha recibido ayuda usted en su hogar de algún otro profesional de la salud?

HH17.

Aparte de las personas que le han visitado de (PROVIDER NAME)

[o de la(s) otra(s) persona(s) de quien(es) hemos hablado],

¿ha recibido usted ayuda en su hogar de algún otro profesional de la salud desde el (REFERENCE DATE)?

[NO INCLUYA A NINGUNA OTRA PERSONA QUE HAYA VENIDO DE LA MISMA ORGANIZACIÓN/AGENCIA ANOTADA ABAJO]

HH18.

(Además de lo que ya ha mencionado,)

Desde el (REFERENCE DATE), debido a problemas de salud ¿ha recibido usted algún cuidado personal o ayuda en el hogar con las necesidades diarias en su hogar de alguna (otra) persona que no (vive/vivía) con usted, incluyendo asistentes para servicios de salud en el hogar, amas de casa, amigos, vecinos o parientes?

HH19.

¿Quién le ayudó a usted? ¿Cuál es el nombre de la persona que le ayudó?

HH20.

¿Es (PROVIDER NAME) un amigo(a), vecino(a), pariente, o algún otro tipo de proveedor de servicios de salud en el hogar?

AMIGO(A) O VECINO(A)	1
PARIENTE	2
OTRO TIPO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR	3

HH21.

¿Cuál es la relación entre (PROVIDER NAME) y usted?

HH28.

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado personal o ayuda en el hogar con las necesidades diarias de alguna otra persona que no vive con usted?

HH29.

Aparte de las personas que le han visitado a usted de (PROVIDER NAME), desde el (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado personal o ayuda en el hogar con las necesidades diarias de alguna otra persona que no vive con usted?