

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009  
COMMUNITY COMPONENT  
DU. DENTAL UTILIZATION AND EVENTS

DU INTRO.

Las siguientes preguntas son acerca de cualquier cuidado médico que usted puede haber recibido entre (REFERENCE DATE) y hoy.

Ahora sería un buen momento para sacar la agenda o calendario que haya usado para anotar las visitas de cuidado de salud u otros gastos médicos.

Primero, hablaremos sobre cuidado dental.

DU1.

Por favor mire esta tarjeta. Desde (REFERENCE DATE), ¿fue usted a un dentista o donde alguna otra persona para cuidado dental?

[Proveedores dentales incluye dentistas, cirujanos dentales endodoncistas, periodoncistas e higienistas dentales.]

DU2.

¿A quién vio usted?

DU3.

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

DU4.

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

DU5.

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

DU5B.

¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no vio un proveedor de cuidado dental asociado con [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW] o un proveedor dental 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

DU6.

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

DU7.

¿Qué le hicieron en su(s) visita(s) de (VISIT ON EVENT DATE)?

- TOMARON RAYOS X ..... 1
- LIMPIEZA DENTAL..... 2
- EXAMEN ..... 3
- TAPADURAS, EMPASTES, RELLENOS ..... 4
- EXTRACCIONES..... 5
- TRATAMIENTO DE CANAL..... 6
- CORONAS..... 7
- PUENTES, DENTADURAS POSTIZAS, PLACAS, ETC.-  
YA SEA NUEVO(A) O TRABAJO DE REPARACIÓN..... 8
- ORTODONCIA - AJUSTE DE LA MORDIDA,  
FRENILLOS, APARATOS DE RETENCIÓN ETC..... 9
- PERIODONCIA – EJ.: TRATAMIENTO DE  
ENFERMEDAD EN LAS ENCIAS..... 10
- SOLDADURA..... 11
- OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 91

DU8.

¿Le tomaron rayos-X en (alguna de esas visitas/esta visita)?

DU9.

¿Le recetaron alguna medicina durante (esta visita/alguna de esas visitas)?

DU10.

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

DU10A.

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 los estados de cuenta de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME), los cuales 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]

DU11.

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

DU14.

Desde (REFERENCE DATE) ¿hizo usted alguna otra visita de cuidado dental a este o a algún otro proveedor?