

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL 2009
COMMUNITY COMPONENT
PMS & PM. PRESCRIBED MEDICINES

PMSINTRA.

Durante la última entrevista, anotamos los nombres de las medicinas que usted había obtenido entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE).

[HAND PM SUMMARY PAGE TO RESPONDENT.]

Es posible que usted desee consultar los nombres de las medicinas para ayudarse a recordar todas las medicinas que usted haya obtenido desde esa vez, incluyendo todas las repeticiones de estas medicinas.

PMINTROA.

Ahora hablemos de las medicinas recetadas que usted obtuvo desde (REFERENCE DATE).

Mientras hablaba de las visitas médicas, usted mencionó una(s) medicina(s): [READ MEDICINE NAME(S) BELOW.]

Ahora quisiera hablar acerca de medicinas recetadas.

PMSINTROB1.

Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre (el/la) (MEDICINE NAME).

PM1.

Además de esa(s) medicina(s),

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha mandado a preparar alguna (otra) receta?

PM1A.

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.

PMS2.

¿Cuál es el nombre de la medicina que es necesario añadir?

PM2.

¿Cuál es el nombre de la medicina?

PMS3.

¿Cuál es el nombre de la medicina que es necesario editar?

PM3.

A veces las personas se olvidan de mencionar las recetas anteriores que repiten. (Además de lo que usted me ha dicho, ¿ha/¿Ha) repetido recetas anteriores desde el (REFERENCE DATE)?

PM3A.

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]

PMS4.

¿Cuál es el nombre de la medicina que es necesario eliminar?

PM4.

¿Cuál es el nombre de la medicina?

PM5.

A veces las personas se olvidan de mencionar las medicinas que receta un médico por teléfono. (Además de lo que usted me ha dicho) ¿Obtuvo usted alguna medicina recetada por un médico mediante una llamada telefónica a una farmacia o droguería desde el (REFERENCE DATE)?

PM5A

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]

PM6.

¿Cuál es el nombre de la medicina?

PMS6A.

¿Cuántas veces entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) obtuvo usted (el/la) (MEDICINE NAME)?

PM6A.

¿Cuántas veces desde el (REFERENCE DATE) obtuvo usted (el/la) (MEDICINE NAME)?

PMS6A1.

¿Obtuvo (esta compra/algunas de estas compras) de (MEDICINE NAME) a través del Departamento de Asuntos para Veteranos o A.V.?

PM6A1.

¿Obtuvo (esta compra/algunas de estas compras) de (MEDICINE NAME) a través del Departamento de Asuntos para Veteranos o A.V.?

PM6AB.

Por favor piense acerca de las medicinas que usted ha obtenido desde (REFERENCE DATE), incluyendo [READ MEDICINE NAME(S) BELOW.] Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia usted hizo alguna de las siguientes cosas por estas medicinas? ¿Diría que frecuentemente, algunas veces o nunca...

#	AFIRMACIÓN	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
a	decidió no comprar o repetir una receta porque la medicina costaba mucho,			
b	se demoró en comprar o repetir una receta porque la medicina costaba mucho,			
c	dejó de tomar algunas dosis para que le durara más la medicina,			
d	tomó dosis de medicina más pequeñas que la que le recetaron para que le durara más,			

PMS6B.

¿Obtuvo usted (estas compras/alguna de estas compras) de (MEDICINE NAME) en [MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido a través de [MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto puede incluir obtener las compras en la farmacia de un plan; una farmacia que acepta la tarjeta de su plan; o a través de un servicio de órdenes por correo al que el plan le haya mandado a usted.]

PM6B.

¿Obtuvo usted (estas compras/alguna de estas compras) de (MEDICINE NAME) en [MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido a través de [MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto puede incluir obtener las compras en la farmacia de un plan; una farmacia que acepta la tarjeta de su plan; o a través de un servicio de órdenes por correo al que el plan le haya mandado a usted.]

PMINTROB.

Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de (MEDICINE NAME).

PMS7.

¿Para qué afección fue (el/la) (MEDICINE NAME)?

PM7.

¿Para qué afección fue (el/la) (MEDICINE NAME)?

PMS8.

¿Tiene usted disponible la botella, envase, o bolsa de la medicina?

PM8.

¿Tiene usted disponible la botella, envase, o bolsa de la medicina?

PM8A.

Al momento de la última entrevista, usted compró (MEDICINE NAME) en la forma de (MEDICINE FORM). ¿Está en la misma forma esta medicina?

PM9A.

Al momento de la última entrevista, la potencia de [cada píldora/cada supositorio/cada parche/el/la (MEDICINE FORM) era (LEA LA POTENCIA ABAJO).

¿Tiene la misma potencia esta medicina?

PMS13.

¿Cuántas (píldoras/supositorios) toma/usa usted normalmente en un día?

PM13.

¿Cuántas (píldoras/supositorios) toma/usa usted normalmente en un día?

PM15A.

Al momento de la última entrevista, la cantidad de (PREVIOUS ROUND MEDICINE FORM) era (PREVIOUS ROUND MEDICINE FORM). ¿Está en la misma cantidad esta medicina?

PM16A.

Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia se demoró en obtener o repetir una receta para (MEDICINE NAME) porque costaba mucho?

FRECUENTEMENTE SE DEMORÓ	1
ALGUNAS VECES SE DEMORÓ	2
NUNCA SE DEMORÓ.....	3

PM16A1

Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia decidió usted no comprar o repetir (MEDICINE) porque costaba mucho?

PM16B.

Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia dejó de tomar algunas dosis de (MEDICINE NAME) para que la medicina le durara más?

[IF RESPONDENT IS "NEVER", PROBE: ¿Es decir que usted nunca ha dejado de tomar ninguna dosis de la medicina para que le durara más, ni nunca dejó de tomar la medicina?

FRECUENTEMENTE DEJÓ DE TOMAR ALGUNAS DOSIS ...	1
ALGUNAS VECES DEJÓ DE TOMAR ALGUNAS DOSIS	2
NUNCA DEJÓ DE TOMAR LA MEDICINA.....	3
NUNCA TOMÓ LA MEDICINA	4

PM16C.

Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia tomó dosis más pequeñas de (MEDICINE NAME) para que la medicina le durara más?

[IF RESPONDENT IS "NEVER", PROBE: ¿Es decir que usted nunca ha tomado dosis más pequeñas de la medicina para que le durara más, ni nunca dejó de tomar la medicina?

- FRECUENTEMENTE TOMÓ DOSIS MÁS PEQUEÑAS 1
- ALGUNAS VECES TOMÓ DOSIS MÁS PEQUEÑAS 2
- NUNCA TOMÓ DOSIS MÁS PEQUEÑAS 3
- NUNCA TOMÓ LA MEDICINA 4