

MCBS MAIN STUDY - ROUND 55, FALL2009
COMMUNITY COMPONENT
OMS & OM. OTHER MEDICAL EXPENSES

OM1.

A continuación voy a preguntarle sobre otros gastos médicos que usted puede haber tenido entre el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) y hoy.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró, reemplazó, o pagó usted por la reparación de (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto?

OM2.

¿Cuándo compró o mandó a reparar usted los (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM2A.

En (EVENT DATE), ¿compró o mandó a reparar los (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar o mandar a reparar los (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto en el centro de un plan; en un oculista, optometrista o en otro lugar que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OM3.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró, reemplazó, o pagó usted por la reparación de un audífono, amplificador de teléfono, o artefacto similar para ayudarle a usted a oír o hablar?

OM4.

¿Cuándo compró o mandó a reparar usted un audífono o artefacto para hablar? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM4A.

En (EVENT DATE), ¿compró o mandó a reparar el audífono o artefacto para hablar en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar o mandar a reparar el audífono o artefacto para hablar en el centro de un plan; en un audiólogo, patólogo del habla, u otro proveedor que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OMS5INTR

Las siguientes preguntas son acerca de artículos ortopédicos que usted estaba alquilando en (REFERENCE DATE).

OMS5

En el momento de la última entrevista, usted estaba alquilando (ORTHOPEDIC ITEM). A la fecha de hoy, ¿está todavía alquilando (ORTHOPEDIC ITEM)?

OM5.

(Además de lo que ya hemos hablado,)

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró, mandó a reparar o alquiló (otros) artículos ortopédicos, tales como los que aparecen en esta tarjeta?

[Artículos ortopédicos incluye muletas, bastones, sillas de ruedas, andadores, zapatos o plantillas correctivos u ortopédicos, medias especiales y sujetadores o soportes ortopédicos.]

OM6.

¿Cuál fue el artículo?

SUJETADORES O SOPORTES ORTOPÉDICOS	1
BASTÓN	2
ZAPATOS O PLANTILLAS CORRECTIVOS U ORTOPÉDICOS ...	3
MULETAS	4
ANDADOR	5
SILLA DE RUEDAS/CARRITO	6
MEDIAS	7
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

OM6A.

¿Compró o mandó a reparar usted (el/la/los/las) (ORTHOPEdic ITEM), o (lo(s)/la(s) alquiló?

COMPRÓ/MANDÓ A REPARAR	1
ALQUILÓ	2

OM7.

¿Cuándo compró, (o mandó a reparar) usted (el/la/los/las) (ORTHOPEdic ITEM)? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE)

OM7AA.

En (EVENT DATE) ¿compró o mandó a reparar el (ORTHOPEdic ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar (o mandar a reparar) el (ORTHOPEdic ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OM7A.

Por favor, dígame la primera fecha desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) en que usted alquiló (ORTHOPEdic ITEM).

OM7B.

¿Está usted todavía alquilando (el/la/los/las) (ORTHOPEdic ITEM)?

OM7C.

¿Cuál fue la última fecha en que alquiló (el/la/los/las) (ORTHOPEdic ITEM)?

OM7CC.

Usted dijo que dejó de alquilar (el/la/los/las) (ORTHOPEdic ITEM). ¿Esto es porque usted ya no tiene ese artículo o porque lo compró a través de un alquiler con opción a compra?

OM7D.

¿Alquiló el (ORTHOPEdic ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría alquilar el (ORTHOPEdic ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OM8.

Además (del/de los) artículo(s) ortopédico(s) que me acaba de mencionar, ¿compró, alquiló, o mandó a reparar usted algún otro artículo ortopédico desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE)?

OM9.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró usted equipo o artículos para la diabetes, tales como los que aparecen en esta tarjeta?

[Artículos para la diabetes incluye jeringas, papel para pruebas, cinta para pruebas e instrumentos para monitoreo de la sangre.]

OM10.

¿Cuándo compró usted equipo o artículos para la diabetes? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM10A.

En (EVENT DATE), ¿compró el equipo o artículos para la diabetes en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar el equipo o artículos para la diabetes en el centro de un plan; o en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OM11.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿usó usted algún servicio de ambulancia o de rescate?

OM12.

¿Cuándo usó usted una ambulancia? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM12A.

¿Fue proporcionada o aprobada la ambulancia de (EVENT DATE) por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto significaría que la ambulancia fue enviada por el plan o que usted o alguna otra persona se comunicó de parte suya con el plan para que ellos autorizaran o aprobaran el uso de la ambulancia. Esta aprobación puede haber llegado después del uso de la ambulancia.]

OM13.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró o pagó usted por la reparación de alguna prótesis, tal como las que aparecen en la tarjeta?

[Prótesis incluye pierna o brazo artificial, prótesis de mastectomía y ojo artificial o de vidrio.]

OM14.

¿Cuándo compró o mandó a reparar usted la prótesis? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM14A.

En (EVENT DATE), ¿compró o mandó a reparar la prótesis en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar o mandar a reparar la prótesis en el centro de un plan; o en otro lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido.]

OMS19INTR

Las siguientes preguntas son acerca de equipo relacionado con oxígeno que usted estaba alquilando en (REFERENCE DATE).

OMS19

En el momento de la última entrevista, usted estaba alquilando equipo relacionado con oxígeno. A la fecha de hoy, ¿está todavía alquilando el equipo relacionado con oxígeno?

OM19.

(Además de lo que ya hemos hablado,)

Desde (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿tuvo usted algún (otro) gasto por oxígeno o artículos o equipo relacionado con el oxígeno?

OM19A.

¿Qué fue eso?

OXÍGENO/ARTÍCULOS	1
EQUIPO.....	2

OM19B.

¿Compró o mandó a reparar el equipo relacionado con el oxígeno, o lo alquiló?

COMPRÓ/MANDÓ A REPARAR	1
ALQUILÓ	2
COMPRÓ/MANDÓ A REPARAR <u>Y</u> ALQUILÓ.....	3

OM20.

¿Cuándo compró (oxígeno o artículos)/(equipo relacionado con el oxígeno)? Por favor, dígame las fechas de todas las compras desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM20AA.

En (EVENT DATE), ¿compró o mandó a reparar (el/la) (OXYGEN ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar o mandar a reparar (el/la) (OXYGEN ITEM/SURVEY REFERENCE DATE) en el centro de un plan; o en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o (almacén/tienda) al que su plan le haya referido.]

OM20A.

Por favor, dígame la primera fecha desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) en que usted alquiló el equipo relacionado con el oxígeno.

OM20B.

¿Está usted todavía alquilando el equipo relacionado con el oxígeno?

OM20C.

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

OM20CC.

Usted dijo que dejó de alquilar el equipo relacionado con oxígeno. ¿Es esto porque usted ya no tiene ese artículo o porque lo compró a través de un alquiler con opción a compra?

OM20D1.

¿Alquiló usted el equipo de oxígeno en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría alquilar el equipo de oxígeno en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido]

OM20D.

Además del [(oxígeno o artículos)/(equipo relacionado con el oxígeno)] que usted me acaba de mencionar, ¿(compró oxígeno o artículos)/(tuvo algunos gastos por equipo relacionado con el oxígeno)]?

OMS21INTR

Las siguientes preguntas son acerca de artículos para diálisis de los riñones que usted estaba alquilando en (REFERENCE DATE).

OMS21.

En el momento de la última entrevista, usted estaba alquilando el equipo para diálisis de los riñones. A la fecha de hoy, ¿está todavía alquilando el equipo?

OM21.

(Además de lo que ya hemos hablado,)

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró usted algún (otro) equipo para diálisis de los riñones o compró, alquiló o mandó a reparar algún equipo relacionado?

OM21A.

¿Qué fue eso?

ARTÍCULOS.....	1
EQUIPO	2

OM21B.

¿Compró o mandó a reparar el equipo de diálisis, o lo alquiló?

COMPRÓ/MANDÓ A REPARAR.....	1
ALQUILÓ	2

OM22.

¿Cuándo compró usted los (artículos para diálisis de los riñones)/(el equipo para diálisis de los riñones)? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM22AA.

En (EVENT DATE), ¿compró (o mandó a reparar) el (KIDNEY ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar (o mandar a reparar) el (KIDNEY ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido]

OM22A.

Por favor, dígame la primera fecha desde el (REFERENCE DATE) en que usted alquiló el equipo para diálisis de los riñones.

OM22B.

¿Está usted todavía alquilando el equipo para diálisis de los riñones?

OM22C.

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

OM22CC.

Usted dijo que dejó de alquilar el equipo de diálisis. ¿Esto es porque usted ya no tiene ese artículo o porque lo compró a través de un alquiler con opción a compra?

OM22D1.

¿Alquiló usted el (KIDNEY ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría alquilar el (KIDNEY ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido]

OM22D.

Además de los (artículos para diálisis de los riñones)/(equipo para diálisis de los riñones) que usted me acaba de mencionar, ¿(obtuvo algún equipo para diálisis de los riñones)/ (compró artículos para diálisis de los riñones)?

OMS23INTR

Las siguientes preguntas son acerca de otro equipo médico que usted estaba alquilando en (REFERENCE DATE).

OMS23

En el momento de la última entrevista, usted estaba alquilando (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM). A la fecha de hoy, ¿está todavía alquilando (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM)?

OM23.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿compró, alquiló, o mandó a reparar usted algún otro equipo o artículo médico además de lo que ya hemos hablado?

[Otro equipo y artículos médicos incluye inodoro portátil o asiento de inodoro elevado, silla de (bañadera/bañera) portátil, sillas o cojines especiales, camas de hospital, artículos de ostomía, artículos para la incontinencia como "Depends" o "Serenity" u otras marcas de ropa interior, toallas absorbentes/acolchadas o calzones/calzoncillos desechables, artículos como vendas, equipo para medir la presión sanguínea tal como brazaletes o monitores, vendajes y cintas adhesivas y equipo pulmonar tal como un nebulizador, CPAP, etc.]

OM24.

¿Qué tipo de equipo fue el artículo?

INODORO PORTÁTIL O ASIENTO ELEVADO	1
ASIENTO DE (BAÑADERA/BAÑERA) PORTÁTIL	2
SILLA/COJÍN/COLCHÓN ESPECIAL	3
CAMA DE HOSPITAL	4
ARTÍCULOS DE OSTOMÍA	5
ARTÍCULOS PARA LA INCONTINENCIA, (EJ. "DEPENDS", "SERENITY" PAÑALES DESECHABLES O PAÑOS ACOLCHADOS DESECHABLES)	6
ARTÍCULOS COMO VENDAS, VENDAJES Y CINTAS ADHESIVAS	7
EQUIPO PULMONAR	8
EQUIPO PARA MEDIR LA PRESIÓN SANGUÍNEA	9
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

OM24A.

¿Compró o mandó a reparar (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM) o lo alquiló?

COMPRÓ/MANDÓ A REPARAR.....	1
ALQUILÓ.....	2

OM25.

¿Cuántas veces desde el (REFERENCE DATE) ha comprado u obtenido usted (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM)?

OM26.

¿Cuándo compró o mandó a reparar usted (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM)? Por favor, dígame todas las fechas desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE).

OM26AA.

En (DATE ON OM26), ¿compró o mandó a reparar (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría comprar o mandar a reparar (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido]

OM26A.

Por favor, dígame la primera fecha desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) en que usted alquiló (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM).

OM26A1.

¿Está usted todavía alquilando (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM)?

OM26B.

¿Cuál fue la última fecha que alquiló (el/la) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM)?

OM26BB.

Usted dijo que dejó de alquilar (el/la/los/las) (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM). ¿Esto es porque usted ya no tiene ese artículo o porque lo compró a través de un alquiler con opción a compra?

OM26C.

¿Alquiló el (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM) en [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW] o a través de un servicio o descuento ofrecido por [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) LISTED BELOW]?

[PROBE: Esto incluiría alquilar el (OTHER MEDICAL EXPENSE ITEM) en el centro de un plan; en un lugar o (almacén/tienda) que acepte la tarjeta de su plan; o a través de un lugar o servicio al que su plan le haya referido]

OM27.

Además del equipo médico que me acaba de mencionar, ¿compró, alquiló, o mandó a reparar usted algún otro equipo médico desde (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE)?

OMS28INTR

Las siguientes preguntas son acerca de alteraciones o modificaciones que usted estaba haciendo en (REFERENCE DATE).

OMS28.

La última vez usted había comenzado a hacer una alteración o modificación (ALTERATION) que no había sido terminada en (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE). ¿En qué fecha desde (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) se terminó esta alteración o modificación?

OM28.

Desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna alteración o modificación del interior o exterior de su casa o automóvil debido a alguna enfermedad o lesión? Esta tarjeta tiene algunos ejemplos.

[Alteraciones o modificaciones incluye rampas, barandas, ascensor o silla inclinada, asientos de (bañadera/bañera), barandas de (bañadera/bañera), y algunas modificaciones del automóvil.]

OM29.

¿Cuál fue la alteración o modificación?

ASCENSOR O SILLA INCLINADA	1
BARANDAS (NO DE BAÑADERA/BAÑERA)	2
RAMPAS	3
BARANDAS DE (BAÑADERA/BAÑERA)	4
ASIENTO DE (BAÑADERA/BAÑERA)	5
ALGUNA MODIFICACIÓN DEL AUTOMÓVIL	6
OTRO (ESPECIFIQUE)	91

OM30.

¿En qué fecha desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) se terminó de hacer esta alteración o modificación?

OM31.

Además de la(s) alteracion(es) o modificacion(es) que me acaba de mencionar, ¿hizo usted alguna otra alteración o modificación debido a alguna enfermedad o lesión desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE)?