

**Health Center Patient Survey
Cognitive Interviewing Materials
(Spanish)**

1. Introductory text in Cognitive interviews

2014 Health Center Patient Survey Cognitive Protocol Instructions in Spanish

Antes de comenzar, me gustaría proporcionarle un poco de información.

Estamos probando un cuestionario acerca de la atención médica que reciben los pacientes de centros de salud. Más adelante, este cuestionario será completado por pacientes en todo el país. Nos hemos comunicado con usted porque hace poco fue a un centro de salud.

Estamos probando esta encuesta con diferentes personas para ver qué tan bien se entienden las preguntas. Deseamos saber: ¿Tienen sentido? ¿Qué tan fácil o difícil es para usted dar una respuesta? Deseamos entender lo que piensa sobre el significado de cada pregunta y cómo decide contestarlas. Esto nos ayudará a saber si hay problemas con el **cuestionario**. Sus comentarios nos ayudarán durante el desarrollo del cuestionario de la encuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Así es como lo vamos a hacer—vamos a revisar juntos el cuestionario. Yo le voy a leer las preguntas a usted y usted me da sus respuestas. Mientras decide sus respuestas, me gustaría que “piense en voz alta”. De esta manera puedo entender cómo decidió contestar. Esto le puede parecer no muy natural, pero me va ayudar a entender cómo decide responder y lo que piensa de la pregunta. Como ya se lo mencioné, no hay respuestas correctas o incorrectas. Este es un ejemplo de lo que nos gustaría que usted haga:

Supongamos que le pregunto: ¿Cuántos televisores tiene usted?

En lugar de decir: Dos televisores

Usted pudiera contestar: Bueno, tengo un televisor en la sala y tengo un televisor en mi recámara. Ah, mi hijo que vive conmigo tiene un televisor en su habitación. Mi hija también tiene un televisor en su recámara, pero se queda con su tía la mayor parte del tiempo y los fines de semana conmigo. Entonces, no sé si desea que cuente esos.

*Como puede ver, si solo hubiera dicho dos televisores no nos hubiéramos enterado de los televisores de sus hijos. Lo importante de estas entrevistas es entender **cómo** decidió responder, más que la respuesta en sí.*

¿Tiene preguntas acerca del ejemplo?

Después de algunas preguntas de la encuesta, también me gustaría hacerle algunas preguntas de seguimiento. Sin embargo, usted me puede decir lo que piensa sobre cualquier pregunta aunque yo no se lo pregunte. Me puede preguntar acerca de cualquier pregunta que sea difícil de entender.

Antes de comenzar, le voy a dar esta forma de consentimiento. Explica el estudio y lo que se le pide que haga. En cualquier momento me puedo detener si tiene una pregunta.

PROVIDE CONSENT FORM. REVIEW MAIN POINTS OF THE FORM.

Cuando esté listo(a), por favor firme en la línea para la firma [POINT TO THE LINE] para mostrar que entiende lo que tiene que hacer y que su participación es voluntaria. Luego le voy a dar una copia del consentimiento para que la conserve. Hay números de teléfono a los que puede llamar si tiene preguntas acerca del estudio después del día de hoy.

COLLECT SIGNED CONSENT.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

2. Consent forms

(1) Adult consent form

Forma de consentimiento de participación para la encuesta preliminar de adultos

Encuesta de pacientes del centro de salud

Sobre la encuesta

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Antes de llevar a cabo la encuesta deseamos saber si se entienden las preguntas que vamos a hacer. El objetivo de esta prueba preliminar es saber que tan bien funcionan las preguntas. Usted es una entre 71 personas que RTI ha seleccionado para participar.

Participación

Si usted decide participar, se le harán algunas preguntas sobre su salud y los servicios que recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre el uso de drogas o alcohol o sobre sus sentimientos. También pueden haber preguntas sobre VIH y/o SIDA. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio que recibió o si tiene ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Hasta donde sea posible, le pido que haga comentarios en voz alta mientras responde a las preguntas. Le voy a hacer preguntas de seguimiento para entender cómo obtuvo sus respuestas. Por favor avíseme si piensa que la pregunta no tiene sentido o le hace sentir incómodo(a). Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 75 minutos.

Participación voluntaria

Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no participar esto no afectará ningún servicio que pueda recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerlo(a) sentir incómodo o sentir varios tipos de emociones. Por favor avíseme si necesita tomar un descanso en cualquier momento.

Beneficios

No hay beneficios directos para usted. Sin embargo, usted nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre la manera de realizar la Encuesta de pacientes del centro de salud. Como se mencionó antes, la encuesta es sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

Compensación por su participación

Si usted participa, se le darán \$50 dólares en efectivo como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 75 minutos.

Riesgos por participar en el estudio

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten. Si usted se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar sus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de su nombre para identificar su entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron sus respuestas.

Su privacidad

Cualquier cosa que me diga se mantendrá en privado. La privacidad de sus respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que usted proporcione. . La información que usted me dé no se compartirá con nadie en este centro de salud.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre estos estudios o la encuesta preliminar, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene preguntas que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no desea participar en el estudio?

Al firmar a continuación, usted está decidiendo participar. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted desea participar.

Se le dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserve.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____

(2) Parent/guardian proxy interview consent form

Forma de consentimiento informado para padres o tutores que representan a niños acompañados en entrevistas preliminares Encuesta de pacientes del centro de salud

Sobre la encuesta

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Antes de llevar a cabo la encuesta deseamos saber si se entienden las preguntas que vamos a hacer. El objetivo de esta prueba preliminar es saber que tan bien funcionan las preguntas. Su niño(a), NOMBRE DEL NIÑO es una entre 71 personas que RTI ha seleccionado para ser incluidas en la encuesta. Debido a que NOMBRE DEL NIÑO tiene menos de 13 años, nos gustaría que usted conteste las preguntas sobre la salud de él/ella y de los servicios que él/ella recibe en este centro de salud.

Participación

Si usted decide participar, se le harán algunas preguntas sobre la salud de su niño(a) y sobre los servicios que él/ella recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre el uso de drogas o alcohol o sobre sus sentimientos de su niño(a). También pueden haber preguntas sobre VIH y/o SIDA. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio que recibió o si su niño(a) tiene o no ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Hasta donde sea posible, le pido que haga comentarios en voz alta mientras responde a las preguntas. Le voy a hacer preguntas de seguimiento para entender cómo obtuvo sus respuestas. Por favor avíseme si piensa que la pregunta no tiene sentido o le hace sentir incómodo(a). Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 75 minutos.

Participación voluntaria

Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no participar esto no afectará ningún servicio que su niño(a) o su familia pueda recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerlo(a) sentir incómodo o sentir varios tipos de emociones. Por favor avíseme si necesita tomar un descanso en cualquier momento.

Beneficios

No hay beneficios directos para usted ni para su niño(a). Sin embargo, usted nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre la manera de realizar la Encuesta de pacientes del centro de salud. Como se mencionó antes, la encuesta es sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

Compensación por su participación

Si usted participa, se le darán \$50 dólares en efectivo como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 75 minutos.

Riesgos por participar en el estudio

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten. Si usted se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar sus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de su nombre para identificar su entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron sus respuestas.

Su privacidad

Cualquier cosa que me diga se mantendrá en privado. La privacidad de sus respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que usted proporcione. La información que usted me dé no se compartirá con nadie en este centro de salud.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre estos estudios o la encuesta preliminar, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene preguntas que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no desea participar en el estudio?

Al firmar a continuación, usted está decidiendo participar. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted desea participar.

Se le dará una copia de este formulario de consentimiento para que la conserve.

Firma del participante : _____

Fecha: _____

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____

(3) Parent/guardian consent form for minor children's interview

Permiso del padre o tutor para adolescentes que vienen acompañados

(de 13 a 17 años de edad) para participar en la encuesta preliminar

Encuesta de pacientes del centro de salud

Sobre la encuesta

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Antes de llevar a cabo la encuesta deseamos saber si se entienden las preguntas que vamos a hacer. El objetivo de esta prueba preliminar es saber que tan bien funcionan las preguntas. Su niño(a) es una de 71 personas que RTI ha seleccionado para participar.

Participación

Si su niño(a) decide participar, se le harán preguntas sobre su salud y sobre los servicios que él/ella recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre el uso de drogas o alcohol o sobre sus sentimientos de su niño(a). También pueden haber preguntas sobre VIH y/o SIDA. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio que recibió su niño(a) o si tiene ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Hasta donde sea posible, le pediremos a su hijo(a) que haga comentarios en voz alta mientras responde a las preguntas. Le voy a hacer preguntas de seguimiento para entender cómo él/ella obtuvo sus respuestas. Le voy a preguntar a él/ella si piensa que la pregunta no tiene sentido o si le hace sentir incómodo(a). Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 75 minutos.

Participación voluntaria

Su niño(a) puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no autorizar a que su niño(a) participe o si él/ella decide no participar, eso no afectará ningún servicio que su niño(a) o su familia pueda recibir en el centro de salud o de cualquier otro programa. Si su niño(a) no desea contestar algunas de las preguntas que se le hagan, no hay problema. Si su hijo(a) decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacer que su hijo(a) se sienta incómodo(a) o sentir varios tipos de emociones. Si él/ella necesita tomar un descanso en cualquier momento, solo tiene que avisarme.

Beneficios

No hay beneficios directos para usted ni para su hijo(a). Sin embargo, él/ella nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre la manera de realizar la Encuesta de pacientes del centro de salud. Como se mencionó antes, la encuesta es sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

Compensación por su participación

Además, si su hijo(a) participa, él/ella recibirá \$50 dólares en efectivo como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 75 minutos.

Riesgos por participar en el estudio

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten a su hijo(a). Si su hijo(a) se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que su hijo(a) nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar las respuestas de

él/ella. También asignaremos y usaremos un número en lugar del nombre de su hijo(a) para identificar la entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron las respuestas de su hijo(a).

La privacidad de su niño(a)

Cualquier cosa que su hijo(a) me diga se mantendrá en privado. La privacidad de las respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que se proporcione. La información que su hijo(a) me dé no se compartirá con usted ni con nadie en este centro de salud.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre estos estudios o la encuesta preliminar, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene alguna pregunta que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no que su niño(a) participe en el estudio?

Al firmar a continuación, usted autoriza que su niño(a) participe en el estudio antes descrito. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted autoriza que su niño(a) participe en el estudio.

Se le dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserve.

Nombre del niño(a): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del entrevistador: _____ **Fecha:** _____

(4) Assent form for minor children's interview.

Forma de asentimiento para la participación de adolescentes acompañados

(de 13 a 17 años) en la encuesta preliminar

Encuesta de pacientes del centro de salud

Sobre la encuesta

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Antes de llevar a cabo la encuesta deseamos saber si se entienden las preguntas que vamos a hacer. El objetivo de esta prueba preliminar es saber que tan bien funcionan las preguntas. Usted es una entre 71 personas que RTI ha seleccionado para participar.

Participación

(NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR) dijo que está de acuerdo que te invite a hablar sobre tu salud y sobre los servicios que recibes en este centro de salud. Si estás de acuerdo, me gustaría hacerte algunas preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre el uso de drogas o alcohol o sobre tus sentimientos. También pueden haber preguntas sobre VIH y/o SIDA. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio médico que recibiste o si tienes o no tienes ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Hasta donde sea posible, te pido que hagas comentarios en voz alta mientras respondes a las preguntas. Te voy a hacer preguntas de seguimiento para entender cómo obtuviste tus respuestas. Por favor avísame si piensas que la pregunta no tiene sentido o te hace sentir incómodo(a). Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 75 minutos.

Participación voluntaria

Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no participar esto no afectará ningún servicio que pueda recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerlo(a) sentir incómodo o sentir varios tipos de emociones. Por favor avísame si necesita tomar un descanso en cualquier momento.

Beneficios

No hay beneficios directos para ti. Sin embargo, nos ayudarás a profundizar nuestros conocimientos sobre la manera de realizar la Encuesta de pacientes del centro de salud. Como se mencionó antes, la encuesta es sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

Compensación por tu participación

Si participas, se te darán \$50 dólares en efectivo como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 75 minutos.

Riesgos por participar en el estudio

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas te puedan hacer sentir incómodo(a) o te molesten. Si te sientes incómodo(a), puedes pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar

cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos has dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar tus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de tu nombre para identificar tu entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron tus respuestas.

Tu privacidad

Cualquier cosa que me digas se mantendrá en privado. La privacidad de tus respuestas es muy importante, permítame que te dé más detalles sobre este tema. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que nos proporcionen. La información que me des no se compartirá con nadie en este centro de salud. Tu padre/madre/tutor no verá tus respuestas y no va a comentar sus respuestas con ninguno de ellos.

Preguntas

Si tienes preguntas sobre estos estudios o la encuesta preliminar, puedes llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tienes cualquier pregunta sobre tus derechos como participante, puedes llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tienes preguntas que pueda ayudarte a decidir si deseas o no deseas participar en el estudio?

Al firmar a continuación, estás decidiendo participar. Por favor firma solamente si:

- ✓ Entiendes la información sobre el estudio que se describe en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuviste respuestas a todas las preguntas que hiciste, y
- ✓ Deseas participar.

Se te dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserves.

Firma del participante : _____ **Fecha:** _____

Firma del entrevistador: _____ **Fecha:** _____

¿Habla usted español?

Se necesitan pacientes para revisar algunas preguntas de una encuesta – ¡pagamos \$50 dólares!

RTI International, una organización no lucrativa que realiza estudios sobre la salud, está buscando pacientes de este centro de salud que puedan dedicar 75 minutos para revisar unas preguntas de una encuesta de salud en español.

- Adolescentes de 13 a 17 años de edad
- Padres/madres de niños de 12 años de edad o menos
- Hombres y mujeres de 18 años de edad o más

Nos interesa entrevistar a personas que hablan español. Aunque hable muy poco inglés.

Los pacientes que son elegibles pueden participar sin importar su situación de inmigración.

Los participantes recibirán **\$50 dólares en efectivo** por una **entrevista de 75 minutos que se realiza en persona**. Toda la información que usted proporcione se mantendrá privada y no se compartirá con el centro de salud.

Por favor, llame a XXXXXX al 1(**XXX**) **XXX-XXXX** para más información

¿Habla usted español?

Se necesitan pacientes para revisar algunas preguntas de una encuesta – ¡pagamos \$50 dólares!

RTI International, una organización no lucrativa que realiza estudios sobre la salud, está buscando pacientes de este centro de salud que puedan dedicar 75 minutos para revisar unas preguntas de una encuesta de salud en español.

- Adolescentes de 13 a 17 años de edad
- Padres/madres de niños de 12 años de edad o menos
- Hombres y mujeres de 18 años de edad o más

Nos interesa entrevistar a personas que hablan español. Aunque hable muy poco inglés.

Los pacientes que son elegibles pueden participar sin importar su situación de inmigración.

Los participantes recibirán **\$50 dólares en efectivo** por una **entrevista de 75 minutos que se realiza en persona**. Toda la información que usted proporcione se mantendrá privada y no se compartirá con el centro de salud.

Por favor, llame a XXXXXX al 1(**XXX**) **XXX-XXXX** para más información

5. Incentive receipt



RECIBO DE INCENTIVO EN EFECTIVO

PROYECTO EN RTI _____

CASO # _____

Como muestra de nuestro agradecimiento por el tiempo que dedicó a contestar nuestras preguntas, estamos autorizados para darle un incentivo en efectivo de \$50 dólares. Debido a que la confidencialidad de su información es importante para nosotros, no le pedimos que escriba su nombre completo en este recibo. Sin embargo, el entrevistador debe firmar y anotar la fecha para certificar que usted recibió (o rechazó) el pago del dinero en efectivo.

- Aceptó incentivo de \$50.00 dólares en efectivo
- Rechazó incentivo de \$50.00 dólares en efectivo

Iniciales del participante (POR FAVOR, NO FIRME SU NOMBRE) _____ Fecha: ___/___/___

Firma del entrevistador: _____

Número de identificación del entrevistador _____

Distribución: Original para RTI con los materiales del caso, copia amarilla al supervisor y copia dorada para el participante.

6. Cognitive Interview Screening Form

Health Center Patient Survey Cognitive Interview Screening Form Spanish speakers only

INTERVIEWER:

- **PATIENTS 18 YEARS OF AGE AND OLDER CAN BE APPROACHED DIRECTLY.**
- **PATIENTS 13-17 YEARS OF AGE, A PARENT/GUARDIAN NEEDS TO BE READ THE INTRO AND CHILD CAN COMPLETE THE SCREENING QUESTIONS WITH PARENT'S APPROVAL.**
- **PATIENTS 12 YEARS OF AGE AND YOUNGER, ONLY PARENTS CAN BE SCREENED.**

(Buenos días/Buenas tardes), me llamo [NAME] y trabajo para RTI International. (¿Está llamando usted sobre el (anuncio/volante)?)

PS1. Primero permítame verificar: ¿Tiene usted 18 años de edad o más? YES _____ (GO TO PS2)
NO _____ (GO TO PS3)

PS2. ¿Está llamando en nombre de un niño menor de 13 años de edad? YES _____ (GO TO PS4)
NO _____ (GO TO INTRO ADULT)

PS3. ¿Tienes entre 13 y 17 años de edad? YES _____ (ASK TO TALK TO PARENT/GUARDIAN AND GO
TO INTRO PROXY 13-17 YEARS OLD)
NO _____ (IF YOUNGER THAN 13, ASK TO TALK TO
PARENT/GUARDIAN AND START WITH
QUESTION PS1)

PS4. ¿Es usted el padre, la madre o tutor legal del niño? YES _____ (GO TO INTRO PROXY LESS THAN 13
YEARS OLD)
NO _____ (R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)

INTRO ADULT

Permítame hablarle un poco más sobre el estudio. Estamos probando un cuestionario acerca de la atención médica que reciben los pacientes de centros de salud. Eventualmente, este cuestionario será completado por pacientes en todo el país. Estamos probando esta encuesta con diferentes personas para ver qué tan bien se entienden las preguntas. Deseamos saber: ¿Tienen sentido? ¿Qué tan fácil o difícil es para usted dar una respuesta? Deseamos

entender lo que piensa sobre el significado de cada pregunta y cómo decide contestarlas. Esto nos ayudará a saber si hay problemas con el cuestionario. Sus comentarios nos ayudarán durante el desarrollo del cuestionario de la encuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. No vamos a preguntar sobre su situación legal ni de inmigración.

Si le interesa y es elegible, nos gustaría coordinar una entrevista en persona, que toma aproximadamente 75 minutos. Al final de la entrevista usted recibirá \$50 dólares en efectivo. Para asegurar que usted califica para participar en este estudio, necesito hacerle algunas preguntas de selección. Esto tomará solo unos minutos. ¿Es este un buen momento?

INTRO PROXY (13-17 YEARS OLD)

Permítame hablarle un poco más sobre el estudio. Estamos probando un cuestionario acerca de la atención médica que reciben los pacientes de centros de salud. Eventualmente, este cuestionario será completado por pacientes en todo el país. Estamos probando esta encuesta con diferentes personas para ver qué tan bien se entienden las preguntas. Deseamos saber: ¿Tienen sentido? ¿Qué tan fácil o difícil es para usted dar una respuesta? Deseamos entender lo que su niño(a) piensa sobre el significado de cada pregunta y cómo decide contestarlas. Esto nos ayudará a saber si hay problemas con el cuestionario. No hay respuestas correctas o incorrectas. No vamos a preguntar sobre la situación legal ni de inmigración de él/ella.

Si a su niño(a) le interesa y él/ella es elegible, nos gustaría coordinar una entrevista en persona, que toma aproximadamente 75 minutos. Al final de la entrevista su niño(a) recibirá \$50 dólares en efectivo. Para asegurar que él/ella califica para participar en este estudio, necesito hacerle algunas preguntas de selección. O, ¿podría usted responder a nombre de él/ella? Esto tomará solo unos minutos. ¿Es este un buen momento?

INTRO PROXY (LESS THAN 13 YEARS OLD)

Permítame hablarle un poco más sobre el estudio. Estamos probando un cuestionario acerca de la atención médica que reciben los pacientes de centros de salud. Eventualmente, este cuestionario será completado por pacientes en todo el país. Estamos probando esta encuesta con diferentes personas para ver qué tan bien se entienden las preguntas. Deseamos saber: ¿Tienen sentido? ¿Qué tan fácil o difícil es para usted dar una respuesta? Deseamos entender lo que piensa sobre el significado de cada pregunta y cómo decide contestarlas. Esto nos ayudará a saber si hay problemas con el cuestionario. Como su niño(a) tiene menos de 13 años de edad, me gustaría pedirle a usted que responda preguntas y obtener su opinión, lo cual nos ayudará en el desarrollo del cuestionario de la encuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. No vamos a preguntar sobre su situación legal ni de inmigración.

Si le interesa y es elegible, nos gustaría coordinar una entrevista en persona, que toma aproximadamente 75 minutos. Al final de la entrevista usted recibirá \$50 dólares en efectivo. Para asegurar que usted califica para participar en este estudio, necesito hacerle algunas preguntas de selección. Esto tomará solo unos minutos. ¿Es este un buen momento?

INTERVIEWER:

FOR ADULTS THE SCREENING QUESTIONS WILL BE ABOUT THEMSELVES.

FOR PARENTS/GUARDIANS OF CHILDREN LESS THAN 13 YEARS OLD, THE SCREENING QUESTIONS WILL BE ABOUT THE PARENTS, EXCEPT QUESTION S1.

FOR CHILDREN 13-17 YEARS OLD, ALL SCREENING QUESTIONS WILL BE ABOUT THE CHILD.

S1. ¿Ha recibido (usted/su niño) servicios de un profesional de la salud, tal como un doctor, enfermera, asesor de medicamentos, consejero de salud mental o dentista en {**THE REFERENCE HEALTH CENTER / A HEALTH CENTER**} en los últimos **12 meses**?

- YES..... 1 **GO TO S1a**
- NO..... 2 **(R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)**
- REFUSED..... 7 **(R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)**
- DON'T KNOW..... 9 **(R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)**

S1a. IF HEALTH CENTER NOT KNOWN:

¿Cuál es el nombre del centro de salud que (usted/su niño(a)) visitó en los últimos 12 meses?

S2. ¿Cuál es (su edad/la edad de su niño(a))? _____ YEARS

S3. IF S2=13-18: ¿(Vives actualmente/Vive actualmente el niño) con uno de tus padres o tutor?

- YES..... 1
- NO 2 **(R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)**

S4. RECORD GENDER. (IF NECESSARY, ASK: ¿Es (usted/su niño(a)) hombre o mujer?)

- FEMALE.....1
- MALE.....2

S5. ¿En qué país nació (usted/su niño(a))? (SPECIFY COUNTRY ON SCREENING FORM.)

- U.S. 1 **GO TO S8**
- OTHER.....2 **SPECIFY** _____

S6. ¿Se considera (usted/su niño(a)) hispano(a) o latino(a)?

- YES..... 1
- NO..... 2 (R NOT ELIGIBLE – THANK R AND END)
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW9

S7. ¿Cuál es (su ascendencia o país de origen/la ascendencia o país de origen de su niño(a))? ¿Es (usted/el niño). . .

- MEXICAN..... 1
- GUATEMALAN..... 2
- HONDURAN..... 3
- SALVADORAN..... 4
- PUERTO RICAN..... 5
- CUBAN.....6
- OTHER.....7

[NOTE: IF NOT FROM SPANISH-SPEAKING COUNTRY, R NOT ELEGIBLE – THANK R AND END]

S7a. ¿Habla (usted/su niño(a)) español como su idioma natal o principal?

- YES..... 1 CONTINUE
- NO..... 2 (R NOT ELEGIBLE – THANK R AND END)

S8. ¿De qué raza o razas se considera (usted/su niño(a))? Usted puede seleccionar todas las que correspondan.
¿Es usted. . .

- 1=Blanco(a)
- 2= Negro(a) o afroamericano(a)
- 3=Nativo(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska (Nativo Americano incluye indios de Norte América, Centro América y Sur América)
- 4=Nativo(a) de Hawái
- 5=Guamaniano o Chamorro
- 6=Samoano
- 7=De otras islas del Pacífico
- 8=Asiático(a) (Inclusive: Indios asiáticos, chinos, filipinos, japoneses, coreanos y vietnamitas)
- 9=OTRO (ESPECIFICAR)_____

S8a. IF ASIAN: ¿Cuál de los siguientes grupos mejor describe (su ascendencia o país de origen/la ascendencia o país de origen de su niño(a))?

- 1=Indio Asiático
- 2=Chino
- 3=Filipino
- 4=Japonés
- 5=Coreano
- 6=Vietnamita
- 7=Otro grupo asiático

S9. Además de español, ¿habla (usted/su niño(a)) algo de inglés?

- 1. YES..... . CONTINUE
- 2. NO.....(CODE “NOT AT ALL” TO QS13 AND RECRUIT)

S10. ¿Qué tan bien habla (usted/su niño(a)) inglés? ¿Diría usted que...?

- 1. Muy bien, (R NOT ELEGIBLE FOR SPANISH TESTING– THANK R AND END)
- 2. Bien, (R NOT ELEGIBLE SPANISH TESTING – THANK R AND END)
- 3. No muy bien (RECRUIT)
- 4. Nada (RECRUIT)

ELIGIBILITY: IF RESPONDENT MEETS THESE CRITERIA – CONTINUE WITH COLLECTION OF CONTACT INFORMATION, OTHERWISE THANK THEM FOR THEIR TIME AND EXPLAIN THAT THEY DO NOT MEET THE REQUIREMENTS OF THE STUDY

S1 ONLY YES RESPONSE ELIGIBLE

S3 ONLY YES RESPONSE ELIGIBLE

S7a/S10 SPANISH SPEAKERS PREFERRED BUT STILL ELIGIBLE FOR ENGLISH COGNITIVE TESTING IF THEY ONLY SPEAK ENGLISH OR PREFER ENGLISH OVER SPANISH.

NAME: _____

GENDER: () MALE () FEMALE

TELEPHONE #: _____ ALTERNATE TELEPHONE # _____

BEST TIME TO CALL: _____

7. Recruitment Script At Clinic

Health Center Patient Survey Pretest Respondent Recruitment Script

Usted ha sido invitado a participar en una entrevista como parte de un importante estudio realizado por Research Triangle Institute y patrocinado por la Agencia de Atención Médica Primaria. La entrevista es sobre sus experiencias con su atención médica y algunos otros temas.

Usted recibirá \$50 dólares, en EFECTIVO o el EQUIVALENTE DEL EFECTIVO como muestra de agradecimiento por su participación.

Aquí tiene un folleto con información sobre el estudio.

Si tiene interés en participar o si tiene cualquier pregunta, por favor lea el folleto y hable con el representante de RTI en la instalación, _____.

Si el representante de RTI en la instalación no está disponible y usted quisiera más información sobre el estudio, yo puedo coordinar una cita para que hable con usted.

Esperamos que usted decida participar.

¡Muchas gracias!

8. Part of questionnaires

(1) Module D: Routine Care

MODULE D: ROUTINE CARE - SPANISH

ORIGINAL ENGLISH	SPANISH TRANSLATION
<p>Next, I'm going to ask you about health services that {you/name} received in the past 12 months.</p> <p>ROU1a. During the past 12 months, that is since {12 MONTH REFERENCE DATE}, {have you/has name} seen or talked to any of the following health care providers about {your own/his/her} health? Please tell me yes or no for each of the following by an</p> <p style="padding-left: 40px;">optometrist, ophthalmologist, eye doctor, or someone who prescribes eyeglasses?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>Ahora voy a preguntarle acerca de los servicios de salud que {usted/name} recibió en los últimos 12 meses.</p> <p>ROU1a. Durante los últimos 12 meses, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha consultado o hablado {you/name} con algunos de los siguientes proveedores de servicios de salud con respecto a su salud? Por favor, responda sí o no a cada una de las preguntas...</p> <p>¿Un optometrista, oftalmólogo(a), médico de los ojos o alguien que receta lentes?</p> <p>1= SÍ 2=NO</p>
<p>ROU1b. (During the past 12 months, that is since {12 MONTH REFERENCE DATE}, {have you/has name} seen or talked to any of the following health care providers about {your own/his/her} health? Please tell me yes or no for each of the following...)</p> <p>A-foot doctor?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU1b. (Durante los últimos 12 meses, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha consultado o hablado {you/name} con algunos de los siguientes proveedores de servicios de salud con respecto a su salud? Por favor, responda sí o no a cada una de las preguntas...)</p> <p>¿Un médico de los pies?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>

<p>ROU1c. (During the past 12 months, that is since {12 MONTH REFERENCE DATE}, {have you/has name} seen or talked to any of the following health care providers about {your own/his/her} health? Please tell me yes or no for each of the following...)</p> <p>A chiropractor?</p> <p>IF NEEDED, YOU MAY EXPLAIN: “A chiropractor uses a system of therapy in which disease is considered the result of abnormal function of the nervous system. The method of treatment usually involves manipulation of the spinal column and other body structures.”</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU1c. (Durante los últimos 12 meses, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha consultado o hablado {you/name} con algunos de los siguientes proveedores de servicios de salud con respecto a su salud? Por favor, responda sí o no a cada una de las preguntas...)</p> <p>¿Un quiropráctico?</p> <p>IF NEEDED, YOU MAY EXPLAIN: “Un quiropráctico usa un sistema de terapia en el que la enfermedad se considera el resultado de una función anormal del sistema nervioso. En general, el método de tratamiento involucra la manipulación de la columna vertebral y otras estructuras del cuerpo.”</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>ROU1d. (During the past 12 months, that is since {12 MONTH REFERENCE DATE}, {have you/has name} seen or talked to any of the following health care providers about {your own/his/her} health? Please tell me yes or no for each of the following...)</p> <p>A medical doctor who specializes in a particular medical disease or problem other than obstetrician, gynecologist, psychiatrist, or ophthalmologist</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU1d. (Durante los últimos 12 meses, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha consultado o hablado {you/name} con algunos de los siguientes proveedores de servicios de salud con respecto a su salud? Por favor, responda sí o no a cada una de las preguntas...)</p> <p>¿Un médico que se especialice en alguna enfermedad o problema específicos, aparte de un obstetra, un ginecólogo, un pediatra o un oftalmólogo?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p><i>*Note to Programmer: 2nd fill not needed in Spanish</i></p>

<p>ROU2. During the past 12 months, how many times {have you/has name} gone to a hospital emergency room about {your own/his/her} health? This includes emergency room visits that resulted in a hospital admission.</p> <p>_____ TIMES [ALLOW 000-365]</p>	<p>ROU2. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha ido {you/ name} a la sala de emergencia de un hospital por motivo de su salud? Esto incluye visitas a salas de emergencia que hayan resultado en admisión al hospital.</p> <p>_____ TIMES [ALLOW 000-365]</p> <p><i>*Note to Programmer: 2nd fill not needed in Spanish</i></p>
<p>ROU3. (Were you/Was name} ever hospitalized @Uovernight@u in the past 12 months? Do not include an overnight stay in the emergency room.</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK4 IF ROU3 = 1 CONTINUE ELSE GOTO ROU5]</p>	<p>ROU3. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez fue (you/name} internado(a) en el hospital @Upor una noche@u? No incluya las ocasiones en que pasó la noche en la sala de emergencia de un hospital.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK4 IF ROU3 = 1 CONTINUE ELSE GOTO ROU5]</p>
<p>ROU4. Altogether, how many nights {were you/was name} in the hospital during the past 12 months?</p> <p>_____ NIGHTS [ALLOW 000-365]</p>	<p>ROU4. En total, ¿cuántas noches pasó {you/name} en el hospital durante los últimos 12 meses?</p> <p>_____ NIGHTS [ALLOW 000-365]</p>
<p>ROU5. During the past 12 months, {have you/has name} had a flu shot? A flu shot is usually given in the fall and protects against influenza for the flu season. The flu shot is injected in the arm. Do not include an influenza vaccine sprayed in the nose.</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU5. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha vacunado {you/name} contra la gripe/la influenza? La vacuna contra la influenza se ofrece por lo general en el otoño y le protege durante la temporada de la gripe. La vacuna de la gripe/la influenza se inyecta en el brazo. No incluya la vacuna de influeza que se recibe por la nariz en forma de spray o aerosol.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>

<p>ROU6: During the past 12 months, {have you/has name} had a flu vaccine sprayed in {your/his/her} nose by a doctor or other health professional? {IF AGE GE 18 ADD: A health professional may have let you spray it.} This vaccine is usually given in the fall and protects against influenza for the flu season.</p> <p>READ IF NECESSARY: This influenza vaccine is called FluMist {trademark}.</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK7 IF ROU6=1 OR ROU5=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO ROUCHK8]</p>	<p>ROU6: Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido {you/name} una vacuna que se administra por la nariz en forma de aerosol por un médico u otro profesional de la salud? {IF AGE GE 18 ADD: A health professional may have let you spray it.} Esta vacuna normalmente se recibe en el otoño y protege contra la la influenza durante la temporada de gripe.</p> <p>READ IF NECESSARY: Esta vacuna se llama FluMis {marca registrada}.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK7 IF ROU6=1 OR ROU5=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO ROUCHK8]</p>
<p>ROU7. Did {you/name} get the flu shot or vaccine sprayed in the nose at {the reference health center}?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK8 IF AGE GE 65, CONTINUE; ELSE GO TO ROU9a]</p>	<p>ROU7. ¿Recibió {you/name} la vacuna contra la gripe/la influenza en forma de aerosol nasal en {the reference health center}?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK8 IF AGE GE 65, CONTINUE; ELSE GO TO ROU9a]</p>

<p>ROU8. Have you ever had a pneumonia shot? This shot is usually given only once or twice in a person's lifetime and is different from the flu shot. It is also called the pneumococcal vaccine.</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK9 IF ROU8 =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>	<p>ROU8. ¿Lo(a) han vacunado alguna vez contra la pulmonía/neumonía? Esta vacuna es suministrada por lo general solo una vez en la vida de la persona y es diferente a la vacuna contra la gripe/la influenza. También se conoce como la vacuna neumocócica.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK9 IF ROU8 =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>
<p>ROU9. Did you get the pneumonia vaccination at {the reference health center}?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU9. ¿Lo(a) vacunaron contra la pulmonía/neumonía en {the reference health center}?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>ROU9a. [IF AGE = 4 MONTH – 6 YEARS CONTINUE, ELSE GO TO ROU10]</p> <p>Did {name} receive any shots in the last 12 months?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK9b IF ROU9a =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>	<p>ROU9a. [IF AGE = 4 MONTH – 6 YEARS CONTINUE, ELSE GO TO ROU10]</p> <p>¿Recibió {name} alguna vacuna en los últimos 12 meses?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK9b IF ROU9a =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>
<p>ROU9b. How many of the shots {name} received in the past 12 months were provided by {reference health center}? Would you say all, some, or none?</p> <p>1=ALL 2=SOME 3=NONE</p>	<p>ROU9b. ¿Cuántas de las vacunas que recibió {name} en los últimos 12 meses le fueron administradas en {reference health center}? ¿Diría usted que todas, algunas o ninguna?</p> <p>1=TODAS 2=ALGUNAS 3=NINGUNA</p>

<p>[ROUCHK9c IF ROU9b =2 OR 3, CONTINUE; ELSE GO TO ROU9d]</p>	<p>[ROUCHK9c IF ROU9b =2 OR 3, CONTINUE; ELSE GO TO ROU9d]</p>
<p>ROU9c. Were you referred to the other place where {name} got the shots by {reference health center}?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>ROU9c. ¿Le refirió {reference health center} al otro lugar donde {name} recibió las vacunas?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>ROU9d. Are you the person who took {name} for most of {his/her} shots? Most means at least half of the shots.</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK9e IF ROU9d =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>	<p>ROU9d. ¿Es usted la persona que llevó a {name} para que recibiera la mayoría de sus vacunas? La mayoría significa por lo menos la mitad de las vacunas.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK9e IF ROU9d =1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>
<p>ROU9e. In your opinion, has {name} received all of the recommended shots for {his/her} age?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[ROUCHK9f IF ROU9d =2, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>	<p>ROU9e. En su opinión, ¿ha recibido {name} todas las vacunas que se recomiendan para su edad?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[ROUCHK9f IF ROU9d =2, CONTINUE; ELSE GO TO ROU10]</p>
<p>ROU9f. Please look at this showcard. What is the main reason {name} has not had all the shots that he/she is supposed to have at his/her age?</p> <p>@BSHOWCARD ROU9f@B</p>	<p>ROU9f. Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la cual {name} no ha recibido todas las vacunas que {he/she} debe haber recibido de acuerdo a su edad?</p> <p>@BSHOWCARD ROU9f@B</p>

<p>1=DID NOT THINK IT WAS IMPORTANT</p> <p>2=AFRAID OF THE SIDE EFFECTS OF THE IMMUNIZATION</p> <p>3=CHILD WAS SICK AND COULD NOT HAVE IMMUNIZATIONS AT THAT TIME</p> <p>4=I DON'T TRUST THE SHOTS/ I DON'T BELIEVE IN SHOTS</p> <p>5=COULDN'T AFFORD CARE</p> <p>6=PROBLEMS GETTING TO DOCTOR'S OFFICE</p> <p>7=DIFFERENT LANGUAGE</p> <p>8=COULDN'T GET TIME OFF WORK</p> <p>9=DIDN'T KNOW WHERE TO GO TO GET CARE</p> <p>10=DIDN'T HAVE TIME OR TOOK TOO LONG</p> <p>11=OTHER</p>	<p>1= PENSÓ QUE NO ERA IMPORTANTE</p> <p>2= LE PREOCUPABA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA</p> <p>3= MI HIJO(A) ESTABA ENFERMO(A) Y NO PODÍA VACUNARSE EN ESE MOMENTO</p> <p>4= NO CONFÍO EN LAS VACUNAS/NO CREO EN LAS VACUNAS</p> <p>5= NO TENÍA CÓMO PAGAR LA ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>6= TUVE PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO</p> <p>7= EL IDIOMA ES DIFERENTE</p> <p>8= NO PODÍA PEDIR TIEMPO LIBRE EN MI TRABAJO</p> <p>9= NO SABÍA DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>10= NO TENÍA TIEMPO O DEMORABA MUCHO</p> <p>11=OTRA RAZÓN</p>
<p>ROU10. [IF AGE GE 18, CONTINUE; ELSE GO TO ROUCHK12]</p> <p>These next questions are about general physicals or routine check-ups.</p> <p>About how long has it been since your last general physical exam or routine check-up by a medical doctor or other health professional? Do not include a visit about a specific problem.</p> <p>1=NEVER</p> <p>2=LESS THAN 1 YEAR AGO</p> <p>3=AT LEAST 1 YR, LESS THAN 2 YEARS</p> <p>4=AT LEAST 2 YRS, LESS THAN 3 YEARS</p>	<p>ROU10. [IF AGE GE 18, CONTINUE; ELSE GO TO ROUCHK12]</p> <p>Las siguientes preguntas se refieren a los exámenes físicos generales o chequeos médicos rutinarios.</p> <p>¿Cómo cuánto tiempo ha pasado desde su último examen físico general o un chequeo médico rutinario realizado por un médico u otro profesional de la salud? No incluya una consulta médica debido a un problema específico.</p> <p>1= NUNCA</p> <p>2=HACE MENOS DE 1 AÑO</p> <p>3=HACE MÁS DE 1 AÑO, PERO MENOS DE 2 AÑOS</p>

<p>5=AT LEAST 3 YRS, LESS THAN 4 YEARS</p> <p>6=AT LEAST 4 YRS, LESS THAN 5 YEARS</p> <p>7=5 OR MORE YEARS AGO</p> <p>[ROUCHK11 IF ROU10= 2 OR 3, CONTINUE; ELSE IF ROU10=DK OR RF, GO TO ROUCHK12; ELSE GO TO ROU11a]</p>	<p>4=HACE MÁS DE 2 AÑOS, PERO MENOS DE 3 AÑOS</p> <p>5=HACE MÁS DE 3 AÑOS, PERO MENOS DE 4 AÑOS</p> <p>6=HACE MÁS DE 4 AÑOS, PERO MENOS DE 5 AÑOS</p> <p>7=HACE 5 AÑOS O MÁS</p> <p>[ROUCHK11 IF ROU10= 2 OR 3, CONTINUE; ELSE IF ROU10=DK OR RF, GO TO ROUCHK12; ELSE GO TO ROU11a]</p>
<p>ROU11. Did you get this check-up at {the reference health center}?</p> <p>1=YES</p> <p>2=NO</p> <p>[ROUCHK11a GO TO ROUCHK12]</p>	<p>ROU11. ¿Le hicieron este chequeo médico en {the reference health center}?</p> <p>1=SÍ</p> <p>2=NO</p> <p>[ROUCHK11a GO TO ROUCHK12]</p>

ROU11a. Please look at this showcard. What is the main reason you have not had a general physical exam or routine check-up in the past 2 years?

@BSHOWCARD MED1@B

- 1=COULD NOT AFFORD CARE
- 2=INSURANCE COMPANY WOULDN'T APPROVE, COVER, OR PAY FOR CARE
- 3=DOCTOR REFUSED TO ACCEPT FAMILY'S INSURANCE PLAN
- 4=PROBLEMS GETTING TO DOCTOR'S OFFICE
- 5=DIFFERENT LANGUAGE
- 6=COULDN'T GET TIME OFF WORK
- 7=DIDN'T KNOW WHERE TO GO TO GET CARE
- 8=WAS REFUSED SERVICES
- 9=COULDN'T GET CHILD CARE
- 10=DIDN'T HAVE TIME OR TOOK TOO LONG
- 11=OTHER

[ROUCHK12 IF AGE <18, THEN CONTINUE; ELSE, GO TO ROU14]

ROU11a. Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no le han hecho un examen físico general o un chequeo médico rutinario en los últimos 2 años?

@BSHOWCARD MED1@B

- 1= NO TENÍA CÓMO PAGAR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2= LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO
- 3= EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4= TUVE PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO
- 5=EL IDIOMA ES DIFERENTE
- 6= NO PODÍA PEDIR TIEMPO LIBRE EN MI TRABAJO
- 7= NO SABÍA DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA
- 8= SE NEGARON A PROPORCIONARME LOS SERVICIOS
- 9= NO PUDE CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE MI(S) NIÑO(S)
- 10= NO TENÍA TIEMPO O DEMORABA MUCHO
- 11=OTRA RAZÓN

[ROUCHK12 IF AGE <18, THEN CONTINUE; ELSE, GO TO ROU14]

ROU12. These next questions are about well-child check-ups, that is a general check-up, performed when {you were/name was} not sick or injured. About how long has it been since {you/he/she} received a well-child or general check-up?

- 1=NEVER
- 2=LESS THAN 1 YEAR AGO

ROU12. Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos médicos infantiles rutinarios que se hicieron cuando {you/name} no estaba enfermo(a) o lesionado(a). ¿Hace cómo cuánto tiempo que {you/he/she} no se ha hecho un chequeo médico infantil o un examen físico general?

- 1= NUNCA

<p>3=AT LEAST 1 YR, LESS THAN 2 YEARS</p> <p>4=AT LEAST 2 YRS, LESS THAN 3 YEARS</p> <p>5=AT LEAST 3 YRS, LESS THAN 4 YEARS</p> <p>6=AT LEAST 4 YRS, LESS THAN 5 YEARS</p> <p>7=5 OR MORE YEARS AGO</p> <p>[ROUCHK13 IF ROU12=2 OR 3, CONTINUE; ELSE IF ROU12=DK OR RF, GO TO ROU14; ELSE GO TO ROU13a]</p>	<p>2=HACE MENOS DE 1 AÑO</p> <p>3=HACE MÁS DE 1 AÑO, PERO MENOS DE 2 AÑOS</p> <p>4=HACE MÁS DE 2 AÑOS, PERO MENOS DE 3 AÑOS</p> <p>5=HACE MÁS DE 3 AÑOS, PERO MENOS DE 4 AÑOS</p> <p>6=HACE MÁS DE 4 AÑOS, PERO MENOS DE 5 AÑOS</p> <p>7=HACE 5 AÑOS O MÁS</p> <p>[ROUCHK13 IF ROU12=2 OR 3, CONTINUE; ELSE IF ROU12=DK OR RF, GO TO ROU14; ELSE GO TO ROU13a]</p>
<p>ROU13. Did {you/he/she} get this check-up at {the reference health center}?</p> <p>1=YES</p> <p>2=NO</p> <p>[ROUCHK13a GO TO ROU14[</p>	<p>ROU13. ¿Le hicieron a {you/he/she} este chequeo médico en {the reference health center}?</p> <p>1=SÍ</p> <p>2=NO</p> <p>[ROUCHK13a GO TO ROU14[</p>

ROU13a. Please look at this showcard. What is the main reason {you/name} has not had a general physical exam or routine check-up in the past 2 years?

@BSHOWCARD MED1@B

1=COULD NOT AFFORD CARE

2=INSURANCE COMPANY WOULDN'T APPROVE, COVER, OR PAY FOR CARE

3=DOCTOR REFUSED TO ACCEPT FAMILY'S INSURANCE PLAN

4=PROBLEMS GETTING TO DOCTOR'S OFFICE

5=DIFFERENT LANGUAGE

6=COULDN'T GET TIME OFF WORK

7=DIDN'T KNOW WHERE TO GO TO GET CARE

8=WAS REFUSED SERVICES

9=COULDN'T GET CHILD CARE

10=DIDN'T HAVE TIME OR TOOK TOO LONG

11=OTHER

ROU13a. Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no le han hecho a {you/name} un examen físico general o un chequeo médico en los últimos 2 años?

@BSHOWCARD MED1@B

1= NO TENÍA CÓMO PAGAR LA ATENCIÓN MÉDICA

2= LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO

3= EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4= TUVE PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO

5=EL IDIOMA ES DIFERENTE

6= NO PODÍA PEDIR TIEMPO LIBRE EN MI TRABAJO

7= NO SABÍA DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA

8= SE NEGARON A PROPORCIONARME LOS SERVICIOS

9= NO PUDE CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE MI(S) NIÑO(S)

10= NO TENÍA TIEMPO O DEMORABA MUCHO

11=OTRA RAZÓN

LEAD SCREENING

ROU14. [IF AGE 9 MONTHS - 5 YEARS CONTINUE, ELSE GO TO MODULE E]

Has {name} ever had a blood test to check the amount of lead in {his/her} blood?

1=YES

2=NO

[ROUCHK15 IF ROU14=1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU17]

LEAD SCREENING

ROU14. [IF AGE 9 MONTHS - 5 YEARS CONTINUE, ELSE GO TO MODULE E]

¿Alguna vez le han hecho a {name} una prueba para determinar la cantidad de plomo en la sangre?

1=SÍ

2=NO

[ROUCHK15 IF ROU14=1, CONTINUE; ELSE GO TO ROU17]

<p>ROU15. How old was {name} the last time this test was done?</p> <p>_____AGE [ALLOW 00-12]</p> <p>PROGRAMMER: NEED AGE CHECK SO AGE REPORTED IS NOT HIGHER THAN ACTUAL AGE REPORTED EARLIER IN THE INTERVIEW.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ROU16. Was that done at the {reference health center}?</p> <p>1=YES</p> <p>2=NO</p>	<p>ROU15. ¿Qué edad tenía {name} la última vez que le hicieron esta prueba?</p> <p>_____AGE [ALLOW 00-12]</p> <p>PROGRAMMER: NEED AGE CHECK SO AGE REPORTED IS NOT HIGHER THAN ACTUAL AGE REPORTED EARLIER IN THE INTERVIEW.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ROU16. ¿Le hicieron esa prueba en {reference health center}?</p> <p>1=SÍ</p> <p>2=NO</p>
<p>ROU17. Has anyone ever talked to you about things that might cause {name} to be exposed to lead, such as living in or visiting a house or apartment built before 1978?</p> <p>1=YES</p> <p>2=NO</p>	<p>ROU17. ¿Alguna vez alguien le habló a usted acerca de las cosas que podrían haber ocasionado que {name} entrara en contacto con plomo, tales como vivir en una casa o un departamento o visitar una casa o un apartamento que fue construido antes de 1978?</p> <p>1=SÍ</p> <p>2=NO</p>

MODULE J: DENTAL - SPANISH

ORIGINAL ENGLISH	SPANISH TRANSLATION
<p>[DENCHK1 IF AGE GE 2, THEN CONTINUE; ELSE GO TO MODULE K]</p> <p>The next questions are about dental care.</p> <p>DEN1. In the last 12 months, that is since {12 MONTH REFERENCE DATE}, did you or a dentist believe {you/name} needed any dental care, tests, or treatment?</p> <p>NOTE: CODE YES IF A DOCTOR BELIEVED DENTAL CARE WAS NECESSARY</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK2 IF DEN1=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN10]</p>	<p>[DENCHK1 IF AGE GE 2, THEN CONTINUE; ELSE GO TO MODULE K]</p> <p>Las siguientes preguntas se refieren a la salud dental.</p> <p>DEN1. En los últimos 12 meses, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿usted o un dentista pensaron que {you/name} necesitaba atención, exámenes o tratamiento dentales?</p> <p>NOTE: CODE YES IF A DOCTOR BELIEVED DENTAL CARE WAS NECESSARY</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK2 IF DEN1=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN10]</p>
<p>DEN2. In the last 12 months, {were you/was name} unable to get dental care, tests, or treatments you or a dentist believed necessary?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK3 IF DEN2=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN6]</p>	<p>DEN2. En los últimos 12 meses, ¿{you/name} no pudo recibir atención, exámenes o tratamiento dentales cuando usted o un dentista pensaba que eran necesarios?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK3 IF DEN2=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN6]</p>
<p>DEN3. What kind of dental care, test, or treatment was it that {you/name} needed but did not get?</p> <p>_____ [ALLOW 40]</p>	<p>DEN3. ¿Qué tipo de atención, exámenes o tratamiento dentales necesitaba {you/name} pero no pudo recibir?</p> <p>_____ [ALLOW 40]</p>

<p>DEN4. Please look at this showcard. Please describe the main reason {you were/name was} unable to get dental care, tests, or treatments you or a dentist believed necessary?</p> <p>@BSHOWCARD MED2@B</p> <p>1=COULD NOT AFFORD CARE 2=INSURANCE COMPANY WOULDN'T APPROVE, COVER, OR PAY FOR CARE 3=DENTIST REFUSED TO ACCEPT FAMILY'S INSURANCE PLAN 4=PROBLEMS GETTING TO DENTIST'S OFFICE / TRANSPORTATION 5=DIFFERENT LANGUAGE 6=COULDN'T GET TIME OFF WORK 7=DIDN'T KNOW WHERE TO GO TO GET CARE 8=WAS REFUSED SERVICES 9=COULDN'T GET CHILD CARE 10=DIDN'T HAVE TIME OR TOOK TOO LONG 11=AFRAID OF GOING TO THE DENTIST/ HAVING DENTAL WORK DONE 12=OTHER</p>	<p>DEN4. Por favor mire esta tarjeta y describa, ¿cuál es la principal razón por la que {you/name} no pudo recibir la atención, los exámenes o el tratamiento dentales que usted o un dentista pensaba que eran necesarios?</p> <p>@BSHOWCARD MED2@B</p> <p>1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN DENTAL 2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO 3=EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA 4=TUVO PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE 5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL DENTISTA 6=NO PODÍA PEDIR TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO 7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN 8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS 9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S) 10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO 11=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL 12=OTRA RAZÓN</p>
<p>DEN5. How much of a problem was it that {you/name} did not get dental care, tests, or treatments you or a dentist believed necessary? Would you say that it was a...</p> <p>1=A big problem, 2=A small problem 3=Not a problem</p>	<p>DEN5. ¿Qué tanto problema fue que {you/name} no recibiera la atención, los exámenes o el tratamiento dentales que usted o un dentista pensaba que eran necesarios? Diría que...</p> <p>1=Fue un gran problema, 2=Fue un pequeño problema 3=No fue un problema</p>

<p>DEN6. In the last 12 months, {were you/was name} <u>delayed</u> in getting dental care, tests, or treatments you or a dentist believed necessary?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK7 IF DEN6=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN10]</p>	<p>DEN6. En los últimos 12 meses, ¿{you/name} <u>se tardó</u> en recibir la atención, los exámenes o el tratamiento dentales que usted o un dentista pensaba que eran necesarios?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK7 IF DEN6=1, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN10]</p>
<p>DEN7. What kind of dental care, test, or treatment was it that {you were/name was} <u>delayed</u> in getting?</p> <p>_____ (allow 40)</p>	<p>DEN7. ¿Qué tipo de atención, exámenes o tratamiento dentales <u>se tardó</u> en recibir {you/name}?</p> <p>_____ (allow 40)</p>
<p>DEN8. Please look at this showcard. Which of these best describes the main reason {you were/name was} <u>delayed</u> in getting dental care, tests, or treatments you or a dentist believed necessary?</p> <p>@BSHOWCARD MED2@B</p> <p>1=COULD NOT AFFORD CARE 2=INSURANCE COMPANY WOULDN'T APPROVE, COVER, OR PAY FOR CARE 3=DOCTOR REFUSED TO ACCEPT FAMILY'S INSURANCE PLAN 4=PROBLEMS GETTING TO DOCTOR'S OFFICE / TRANSPORTATION 5=DIFFERENT LANGUAGE 6=COULDN'T GET TIME OFF WORK 7=DIDN'T KNOW WHERE TO GO TO GET CARE 8=WAS REFUSED SERVICES 9=COULDN'T GET CHILD CARE 10=DIDN'T HAVE TIME OR TOOK TOO LONG 11=AFRAID OF GOING TO THE DENTIST/</p>	<p>DEN8. Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas declaraciones describe mejor la razón principal por la que {you/name} <u>se tardó</u> en recibir la atención, los exámenes o el tratamiento dental que usted o un dentista pensaba que eran necesarios?</p> <p>@BSHOWCARD MED2@B</p> <p>1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN DENTAL 2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO 3=EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA 4=TUVO PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE 5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL DENTISTA 6=NO PODÍA PEDIR TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO 7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN 8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS</p>

<p>HAVING DENTAL WORK DONE</p> <p>12=OTHER</p>	<p>SERVICIOS</p> <p>9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)</p> <p>10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO</p> <p>11=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL</p> <p>12=OTRA RAZÓN</p>
<p>DEN9. How much of a problem was it that {you were/name was} <u>delayed</u> in getting dental care you or a dentist believed necessary? Would you say that it was a...</p> <p>1=A big problem,</p> <p>2=A small problem</p> <p>3=Not a problem</p>	<p>DEN9. ¿Qué tanto problema fue que {you/name} <u>se tardara</u> en recibir la atención, los exámenes o el tratamiento dentales que usted o un dentista pensaba que eran necesarios? Diría que...</p> <p>1=Fue un gran problema,</p> <p>2=Fue un pequeño problema</p> <p>3=No fue un problema</p>
<p>DEN10. About how long has it been since {you/name} last visited a dentist?</p> <p>Include all types of dentists, such as, orthodontists, oral surgeons, and all other dental specialists, as well as dental hygienists.</p> <p>1=6 MONTHS OR LESS</p> <p>2=MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO</p> <p>3=MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 2 YEARS AGO</p> <p>4=MORE THAN 2 YEARS, BUT NOT MORE THAN 5 YEARS AGO</p> <p>5=MORE THAN 5 YEARS AGO</p> <p>99=NEVER HAVE BEEN</p> <p>[DENCHK11 If DEN10=1 or 2, CONTINUE; ELSE GO TO DEN14]</p>	<p>DEN10. ¿Cómo cuánto tiempo hace desde la última vez que {you/name} consultó a un dentista? Incluya todo tipo de dentista, tal como odontólogos, cirujanos orales, y todo otro especialista, incluyendo higienistas dentales.</p> <p>1=6 MESES O MENOS</p> <p>2=MÁS DE 6 MESES, PERO NO MÁS DE UN AÑO</p> <p>3=MÁS DE UN AÑO, PERO NO MÁS DE 2 AÑOS</p> <p>4=MÁS DE 2 AÑOS, PERO NO MÁS DE 5 AÑOS</p> <p>5=MÁS DE 5 AÑOS</p> <p>99=NUNCA HA IDO AL DENTISTA</p> <p>[DENCHK11 If DEN10=1 or 2, CONTINUE; ELSE GO TO DEN14]</p>
<p>DEN11. In the past 12 months, when {you/name} did see a dentist, how many of {your/his/her} visits were at {the reference health center}? Would you say...</p> <p>1=All of the visits</p>	<p>DEN11. En los últimos 12 meses, cuando {you/name} consultó con un dentista, ¿cuántas de sus consultas dentales fueron en {the reference health center}? Diría que...</p> <p>1=Todas las consultas</p>

<p>2=Some of the visits 3=None of the visits</p> <p>[DENCHK12 If DEN11=1 or 2, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DENCHK13]</p>	<p>2=Algunas de las consultas 3=Ninguna de las consultas</p> <p>[DENCHK12 If DEN11=1 or 2, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DENCHK13]</p>
<p>DEN12. How would you rate the dental services {you/name} received at {the reference health center}? Would you say...</p> <p>1=Excellent 2=Very Good 3=Good 4=Fair 5=Poor</p> <p>[DENCHK13 If DEN11= 2 OR 3, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN14]</p>	<p>DEN12. ¿Cómo calificaría la calidad de los servicios dentales que {you/name} recibió en {the reference health center}? Diría que...</p> <p>1=Excelente 2=Muy bueno(a) 3=Bueno 4=Regular 5=Malo</p> <p>[DENCHK13 If DEN11= 2 OR 3, THEN CONTINUE; ELSE GO TO DEN14]</p>
<p>DEN13 Were you referred to the other place where {you/name} got dental services by {reference health center}?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK14 IF AGE LE11 GOTO DEN16a]</p>	<p>DEN13 ¿Lo(a) remitió {reference health center} a {you/name} a otro lugar donde recibió servicios dentales?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK14 IF AGE LE11 GOTO DEN16a]</p>
<p>Now, I have some questions about the condition of {your/name's} teeth and gums.</p> <p>DEN14. The following question asks about the number of adult teeth you have lost. Do not count as "lost" missing wisdom teeth, "baby" teeth, or teeth which were pulled for orthodontia. Have you lost...</p> <p>IF ASKED: Orthodontia means straightening the teeth.</p> <p>1=All of your adult teeth</p>	<p>Ahora quisiera preguntarle acerca del estado de {Fill.DEN14_Intro}.</p> <p>DEN14. La siguiente pregunta se refiere al número de dientes permanentes que usted ha perdido. No considere como "perdidos(as)" a las muelas del juicio, los dientes "de leche", o los dientes que le extrajeron en un tratamiento de ortodoncia. ¿Ha perdido usted...</p> <p>IF ASKED: Ortodoncia significa alinear o enderezar los dientes.</p> <p>1=Todos sus dientes permanentes (naturales)</p>

<p>2=Some of your adult teeth 3=None of your adult teeth</p> <p>[DENCHK15 .IF DEN14=1, GO TO DENT15a; IF DEN14=2, CONTINUE; ELSE IF DEN12=3, DK, RE, GO TO DENCHK16a]</p>	<p>superiores e inferiores</p> <p>2=Algunos de sus dientes permanentes 3=No ha perdido ninguno de sus dientes permanentes?</p> <p>[DENCHK15 .IF DEN14=1, GO TO DENT15a; IF DEN14=2, CONTINUE; ELSE IF DEN12=3, DK, RE, GO TO DENCHK16a]</p>
<p>DEN15. How many of your adult teeth have you lost?</p> <p>_____ TEETH [ALLOW 00-20]</p>	<p>DEN15. ¿Cuántos de sus dientes permanentes ha perdido?</p> <p>_____ TEETH [ALLOW 00-20]</p>
<p>DEN15a. Are any of your missing teeth replaced by full or partial dentures, false teeth, bridges or dental plates?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK16a DEN14=2, 3, DK, or RE CONTINUE; ELSE GO TO DEN16b]</p>	<p>DEN15a. ¿Ha reemplazado alguno de los dientes que perdió con dentaduras postizas completas o parciales, dientes postizos, puentes dentales o planchas dentales?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK16a DEN14=2, 3, DK, or RE CONTINUE; ELSE GO TO DEN16b]</p>
<p>DEN16a. How would you describe the condition of {your/name's} teeth? Would you say...</p> <p>1=Excellent 2=Very Good 3=Good 4=Fair 5=Poor</p> <p>[DENCHK16a_POST GO TO DEN17a]</p>	<p>DEN16a. ¿Cómo describiría el estado de {Fill.DEN16a} Diría que...</p> <p>1=Excelente 2=Muy bueno(a) 3=Bueno(a) 4=Regular 5=Malo(a)</p> <p>[DENCHK16a_POST GO TO DEN17a]</p>

<p>DEN16b Now I have some questions about the condition of {your/name's} gums and false teeth or dentures. Would you say the condition of {your/name's} gums and false teeth or dentures is...</p> <p>1=Excellent 2=Very Good 3=Good 4=Fair 5=Poor</p>	<p>DEN16b Ahora tengo algunas preguntas al estado de {Fill.DEN16b}. Diría usted que el estado de {Fill.DEN16b} es...</p> <p>1=Excelente 2=Muy bueno(a) 3=Bueno(a) 4=Regular 5=Malo(a)</p>
<p>DEN17a. During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems? A toothache or sensitive teeth?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17a. Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas? ¿Dolor o sensibilidad dental?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN17b. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>Bleeding gums?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17b. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>¿Sangrado en las encías?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN17c. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>Crooked teeth?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17c. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>¿Dientes torcidos?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>

<p>DEN17e. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>Broken or missing teeth?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17e. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>¿Dientes quebrados o ausentes?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN17f. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>Stained or discolored teeth?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17f. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>¿Dientes manchados o descoloridos?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN17g. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>Broken or missing fillings?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17g. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>¿Empastes quebrados o ausentes?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN17h. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems?)</p> <p>{[IF AGE GREATER THAN 11, FILL:] Loose teeth not due to injury? [IF AGE LE11:] Loose teeth not due to injury or losing baby teeth?}</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN17h. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas?)</p> <p>{[IF AGE GREATER THAN 11, FILL:] ¿Dientes sueltos que no resultaron de una lesión? [IF AGE LE11:] ¿Dientes sueltos que no resultaron de una lesión ni de la pérdida de los dientes de leche?}</p> <p>1=SÍ</p>

	2=NO
<p>DEN18a. During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems that lasted more than a day?</p> <p>Pain in {your/his/her} jaw joint?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN18a. Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas por más de un día?</p> <p>¿Dolor en la quijada?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN18b. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems that lasted more than a day?)</p> <p>Sores in {your/his/her} mouth?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN18b. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas por más de un día?)</p> <p>¿Llagas en el interior de la boca?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN18c. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems that lasted more than a day?)</p> <p>Difficulty eating or chewing?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN18c. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas por más de un día?)</p> <p>¿Dificultad al comer o masticar?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN18d. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems that lasted more than a day?)</p> <p>Bad breath?</p>	<p>DEN18d. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas por más de un día?)</p> <p>¿Mal aliento?</p>

<p>1=YES 2=NO</p>	<p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN18f. (During the past 6 months, {have you/has name} had any of the following problems that lasted more than a day?)</p> <p>Dry mouth?</p> <p>1=YES 2=NO</p> <p>[DENCHK19 IF DEN17a-h=1 or DEN18a-f=1, CONTINUE; ELSE GO TO MODULE K]</p>	<p>DEN18f. (Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido {you/name} alguno de los siguientes problemas por más de un día?)</p> <p>¿Sequedad en la boca?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[DENCHK19 IF DEN17a-h=1 or DEN18a-f=1, CONTINUE; ELSE GO TO MODULE K]</p>

<p>DEN19a. Did the problems with {your/name's} mouth or teeth interfere with any of the following?</p> <p>job or school?</p> <p>1=YES 2=NO 3= NOT WORKING / NOT AT SCHOOL</p>	<p>DEN19a. ¿Interfirieron los problemas que tuvo {you/name} en la boca o dientes con algo de lo siguiente?</p> <p>¿Con su trabajo o con la escuela?</p> <p>1=SÍ 2=NO 3= NO TRABAJA / NO ASISTE A LA ESCUELA</p>
<p>DEN19b. (Did the problems with {your/name's} mouth or teeth interfere with any of the following?)</p> <p>sleeping?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN19b. (¿Interfirieron los problemas que tuvo {you/name} en la boca o dientes con algo de lo siguiente?)</p> <p>¿Al dormir?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN19c. (Did the problems with {your/name's} mouth or teeth interfere with any of the following?)</p> <p>social activities such as going out or being with other people?</p> <p>1=YES 2=NO</p>	<p>DEN19c. (¿Interfirieron los problemas que tuvo {you/name} en la boca o dientes con algo de lo siguiente?)</p> <p>¿Actividades sociales, tales como salir o andar con otras personas?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>
<p>DEN19d. (Did the problems with {your/name's} mouth or teeth interfere with any of the following?)</p> <p>usual activities at home?</p> <p>1=YES 2=NO 3= DON'T HAVE A HOME</p>	<p>DEN19d. (¿Interfirieron los problemas que tuvo {you/name} en la boca o dientes con algo de lo siguiente?)</p> <p>¿Sus actividades de rutina en el hogar?</p> <p>1=SÍ 2=NO 3=NO TIENE UN HOGAR</p>

