

Sort	Page_Order_Num	Category	ItemTag	Field	ScreenType
1	30	ACQ	ACINTRO	ACINT	No Entry
2	40	ACQ	AC1	ERVISIT	Yes/No
3	90	ACQ	AC6A	EWAITUNT	Quantity Unit
4	90	ACQ	AC6A	EWAITHRS	Quantity Unit
5	90	ACQ	AC6A	EWAITMIN	Quantity Unit
6	110	ACQ	AC7	ERADMT	Yes/No
7	130	ACQ	AC8	OPDVISIT	Yes/No
8	140	ACQ	AC9	OPDREAS	Code All
9	140	ACQ	AC9	OPDOTHOS	Code All
10	160	ACQ	AC10	OPDSCOND	Yes/No

11	180	ACQ	AC12	OPDAPPT	Code 1
12	190	ACQ	AC13	OPDDRTEL	Code 1
13	200	ACQ	AC14	OPDAWUNT	Quantity Unit
14	200	ACQ	AC14	OPDAWDAY	Quantity Unit
15	200	ACQ	AC14	OPDAWWKS	Quantity Unit
16	200	ACQ	AC14	OPDAWMOS	Quantity Unit
17	220	ACQ	AC16A	OWAITUNT	Quantity Unit
18	220	ACQ	AC16A	OWAITHRS	Quantity Unit
19	220	ACQ	AC16A	OWAITMIN	Quantity Unit
20	240	ACQ	AC17	NHRESEVR	Yes/No
21	250	ACQ	AC18	NHLRESMM	Date
22	250	ACQ	AC18	NHLRESYY	Date

23	260	ACQ	AC19	MDVISIT	Yes/No
24	270	ACQ	AC20	MDSPCLTY	Code 1
25	270	ACQ	AC20	MDSPCLOS	Code 1
26	280	ACQ	AC21	MDREAS	Code All
27	280	ACQ	AC21	MDOETHOS	Code All
28	300	ACQ	AC22	MDSCOND	Yes/No
29	320	ACQ	AC24	MDAPPT	Code 1
30	330	ACQ	AC25	MDDRTEL	Code 1
31	340	ACQ	AC26	MDAWUNT	Quantity Unit
32	340	ACQ	AC26	MDAWDAY	Quantity Unit
33	340	ACQ	AC26	MDAWWKS	Quantity Unit
34	340	ACQ	AC26	MDAWMOS	Quantity Unit

35	360	ACQ	AC28A1	MWAITUNT	Quantity Unit
36	360	ACQ	AC28A1	MWAITHRS	Quantity Unit
37	360	ACQ	AC28A1	MWAITMIN	Quantity Unit
38	420	ACQ	AC33	MHREFDIF	Code 1
39	440	ACQ	AC34A	MHSPCLTY	Code 1
40	440	ACQ	AC34A	MHSPCLOS	Code 1
41	450	ACQ	AC35	MHDIFCLT	Code All
42	450	ACQ	AC35	MHOTHOS	Code All
43	460	ACQ	AC36	MHREFPAY	Code 1
44	20	AVQ	AV1	VERIFY	Yes/No
45	30	AVQ	AV2	STADDR1	Address

46	30	AVQ	AV2	STADDR2	Address
47	30	AVQ	AV2	CITY	Address
48	30	AVQ	AV2	STATE	Address
49	30	AVQ	AV2	ZIPCODE	Address
50	40	AVQ	AV3	SPMOVED	Yes/No
51	50	AVQ	AV4	VERIFY	Yes/No
52	60	AVQ	AV5	PHONAREA	Phone
53	60	AVQ	AV5	PHONEXCH	Phone
54	60	AVQ	AV5	PHONLOCL	Phone
55	60	AVQ	AV5	NOPHONE	Phone
56	80	AVQ	AV6	PHONAREA	Phone
57	80	AVQ	AV6	PHONEXCH	Phone
58	80	AVQ	AV6	PHONLOCL	Phone
59	80	AVQ	AV6	NOPHONE	Phone
60	90	AVQ	AV7	VERIFY	Yes/No
61	100	AVQ	AV8	STADDR1	Address
62	100	AVQ	AV8	STADDR2	Address
63	20	CLQ	CL1	STADDR1	Address
64	20	CLQ	CL1	STADDR2	Address
65	20	CLQ	CL1	CITY	Address
66	20	CLQ	CL1	STATE	Address
67	20	CLQ	CL1	ZIPCODE	Address
68	30	CLQ	CL2	PHONAREA	Phone
69	30	CLQ	CL2	PHONEXCH	Phone
70	30	CLQ	CL2	PHONLOCL	Phone
71	30	CLQ	CL2	NOPHONE	Phone
72	50	CLQ	CL3	PHONAREA	Phone
73	50	CLQ	CL3	PHONEXCH	Phone

74	50	CLQ	CL3	PHONLOCL	Phone
75	50	CLQ	CL3	NOPHONE	Phone
76	60	CLQ	CL4	VERIFY	Yes/No
77	70	CLQ	CL5	STADDR1	Address
78	70	CLQ	CL5	STADDR2	Address
79	70	CLQ	CL5	CITY	Address
80	70	CLQ	CL5	STATE	Address
81	70	CLQ	CL5	ZIPCODE	Address
82	80	CLQ	CL6	VERIFY	Yes/No
83	90	CLQ	CL7	PHONAREA	Phone
84	90	CLQ	CL7	PHONEXCH	Phone
85	90	CLQ	CL7	PHONLOCL	Phone
86	90	CLQ	CL7	NOPHONE	Phone
87	110	CLQ	CL8	PHONAREA	Phone
88		CLQ	CL8	PHONEXCH	Phone
89		CLQ	CL8	PHONLOCL	Phone
90		CLQ	CL8	NOPHONE	Phone
91	130	CLQ	CL9	PHONBEST	Yes/No
92	140	CLQ	CL10	PHONNINT	Yes/No
93	150	CLQ	CL11	PHONAREA	Phone
94		CLQ	CL11	PHONEXCH	Phone

95		CLQ	CL11	PHONLOCL	Phone
96	170	CLQ	CL12	PHONWHER	Code 1
97		CLQ	CL12	PHONWHOS	Code 1
98	180	CLQ	CL13	PERSON_INTNNAME	Roster
99	190	CLQ	CL14	SAMENAME	Code 1
100		CLQ	CL14	NAMEOS	Code 1
101	210	CLQ	CL15	CON1INFO	Code 1
102	220	CLQ	CL16	VERIFY	Yes/No
103	230	CLQ	CL17	STADDR1	Address
104		CLQ	CL17	STADDR2	Address
105		CLQ	CL17	CITY	Address
106		CLQ	CL17	STATE	Address
107		CLQ	CL17	ZIPCODE	Address
108	240	CLQ	CL18	VERIFY	Yes/No
109	250	CLQ	CL19	PHONAREA	Phone
110		CLQ	CL19	PHONEXCH	Phone
111		CLQ	CL19	PHONLOCL	Phone
112		CLQ	CL19	NOPHONE	Phone
113	270	CLQ	CL20	SAMENAME	Code 1
114		CLQ	CL20	NAMEOS	Code 1
115		CLQ	CL21	PHONAREA	Phone
116		CLQ	CL21	PHONEXCH	Phone

117		CLQ	CL21	PHONLOCL	Phone
118	280	CLQ	CL21	NOPHONE	Phone
119	300	CLQ	CL22	SAMENAME	Code 1
120		CLQ	CL22	NAMEOS	Code 1
121	310	CLQ	CL23	REPORT_CONTACT1	Code 1
122	320	CLQ	CL24	PERSON_CONTACT1	Roster
123	330	CLQ	CL25	STADDR1	Address
124		CLQ	CL25	STADDR2	Address
125		CLQ	CL25	CITY	Address
126		CLQ	CL25	STATE	Address
127		CLQ	CL25	ZIPCODE	Address
128	340	CLQ	CL26	PHONAREA	Phone
129		CLQ	CL26	PHONEXCH	Phone
130		CLQ	CL26	PHONLOCL	Phone
131		CLQ	CL26	NOPHONE	Phone
132	360	CLQ	CL27	SAMENAME	Code 1
133		CLQ	CL27	NAMEOS	Code 1
134	370	CLQ	CL28	PHONAREA	Phone



135		CLQ	CL28	PHONEXCH	Phone
136		CLQ	CL28	PHONLOCL	Phone
137		CLQ	CL28	NOPHONE	Phone
138	390	CLQ	CL29	SAMENAME	Code 1
139		CLQ	CL29	NAMEOS	Code 1
140	410	CLQ	CL30	CON2INFO	Code 1
141	420	CLQ	CL31	VERIFY	Yes/No
142	430	CLQ	CL32	STADDR1	Address
143		CLQ	CL32	STADDR2	Address
144		CLQ	CL32	CITY	Address
145		CLQ	CL32	STATE	Address
146		CLQ	CL32	ZIPCODE	Address
147	440	CLQ	CL33	VERIFY	Yes/No
148	450	CLQ	CL34	PHONAREA	Phone
149		CLQ	CL34	PHONEXCH	Phone
150		CLQ	CL34	PHONLOCL	Phone
151		CLQ	CL34	NOPHONE	Phone
152	470	CLQ	CL35	SAMENAME	Code 1
153		CLQ	CL35	NAMEOS	Code 1
154	480	CLQ	CL36	PHONAREA	Phone

155		CLQ	CL36	PHONEXCH	Phone
156		CLQ	CL36	PHONLOCL	Phone
157		CLQ	CL36	NOPHONE	Phone
158	500	CLQ	CL37	SAMENAME	Code 1
159		CLQ	CL37	NAMEOS	Code 1
160	510	CLQ	CL38	REPORT_CONTACT2	Code 1
161	520	CLQ	CL39	PERSON_CONTACT2	Roster
162	530	CLQ	CL40	STADDR1	Address
163		CLQ	CL40	STADDR2	Address
164		CLQ	CL40	CITY	Address
165		CLQ	CL40	STATE	Address
166		CLQ	CL40	ZIPCODE	Address
167	540	CLQ	CL41	PHONAREA	Phone
168		CLQ	CL41	PHONEXCH	Phone
169		CLQ	CL41	PHONLOCL	Phone
170		CLQ	CL41	NOPHONE	Phone
171	560	CLQ	CL42	SAMENAME	Code 1
172		CLQ	CL42	NAMEOS	Code 1

173	570	CLQ	CL43	PHONAREA	Phone
174		CLQ	CL43	PHONEXCH	Phone
175		CLQ	CL43	PHONLOCL	Phone
176		CLQ	CL43	NOPHONE	Phone
177	590	CLQ	CL44	SAMENAME	Code 1
178		CLQ	CL44	NAMEOS	Code 1
179	610	CLQ	CL45	ANOTHHOM	Yes/No
180	620	CLQ	CL46	STADDR1	Address
181		CLQ	CL46	STADDR2	Address
182		CLQ	CL46	CITY	Address
183		CLQ	CL46	STATE	Address
184		CLQ	CL46	ZIPCODE	Address
185	630	CLQ	CL47	PHONAREA	Code 1
186		CLQ	CL47	PHONEXCH	Code 1
187		CLQ	CL47	PHONLOCL	Code 1
188		CLQ	CL47	NOPHONE	Code 1
189	640	CLQ	CL48	VERIFY	Yes/No
190	650	CLQ	CL49	STADDR1	Address
191		CLQ	CL49	STADDR2	Address
192		CLQ	CL49	CITY	Address
193		CLQ	CL49	STATE	Address
194		CLQ	CL49	ZIPCODE	Address
195	660	CLQ	CL50	VERIFY	Yes/No
196	670	CLQ	CL51	PHONAREA	Phone
197		CLQ	CL51	PHONEXCH	Phone
198		CLQ	CL51	PHONLOCL	Phone
199		CLQ	CL51	NOPHONE	Phone

200	690	CLQ	CL52	FUTRPROX	Code 1
201	700	CLQ	CL53	PERSON_FUTRPROX Y	Roster
202	720	CLQ	CL54	STADDR1	Address
203		CLQ	CL54	STADDR2	Address
204		CLQ	CL54	CITY	Address
205		CLQ	CL54	STATE	Address
206		CLQ	CL54	ZIPCODE	Address
207	730	CLQ	CL55	PHONAREA	Phone
208		CLQ	CL55	PHONEXCH	Phone
209		CLQ	CL55	PHONLOCL	Phone
210		CLQ	CL55	NOPHONE	Phone
211	750	CLQ	CL56	SAMENAME	Code 1
212		CLQ	CL56	NAMEOS	Code 1
213	760	CLQ	CL57	PHONAREA	Phone
214		CLQ	CL57	PHONEXCH	Phone
215		CLQ	CL57	PHONLOCL	Phone
216		CLQ	CL57	NOPHONE	Phone
217	780	CLQ	CL58	SAMENAME	Code 1
218		CLQ	CL58	NAMEOS	Code 1

219	800	CLQ	CL59	THANK_SP	No Entry
220	810	CLQ	CL60	THANK_SUPP	No Entry
221	820	CLQ	CL61	THANK_PROXYPLAN NER	No Entry
222	830	CLQ	CL62	THANK_PROXY	No Entry
223	15	CPS	CPS1_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
224	20	CPS	CPS1	CPSINT	No Entry
225	50	CPS	CPS2	RECDSTAT	Code 1
226	70	CPS	CPS3	KNOWTOTL	Yes/No

227	90	CPS	CPS4	TOTALCHG	Numeric
228	100	CPS	CPS5	TOTALCHG	Numeric
229	130	CPS	CPS6	MONTHCOV	Numeric
230		CPS	CPS6	MONCOV96	Numeric
231	140	CPS	CPS7	NUMLINKS	Numeric
232	150	CPS	CPS8	RVLINKS	Numeric
233	180	CPS	CPS9	CPTCHGPAID1	Code 1
234	190	CPS	CPS10	TCHGWRONG	No Entry
235	210	CPS	CPS11	CPTCHGPAID2	Code 1
236	220	CPS	CPS12	TCHGWRONG	No Entry

237	240	CPS	CPS13	CPTCHGPAID3	Code 1
238	250	CPS	CPS14	TCHGWRONG	No Entry
239	270	CPS	CPS15	CPTCHGPAID4	Code 1
240	280	CPS	CPS16	TCHGWRONG	No Entry
241	300	CPS	CPS17	EXPAYOUT	Yes/No
242	320	CPS	CPS18	EXPAYUNT	Quantity Unit
243		CPS	CPS18	EXPAYPCT	Quantity Unit
244		CPS	CPS18	EXPAYAMT	Quantity Unit
245	330	CPS	CPS19	CPSREIMINT	No Entry
246	340	CPS	CPS20	GOTPAYBK	Yes/No
247	360	CPS	CPS21	EXPPAYBK	Yes/No
248	380	CPS	CPS22	EXPAYUNT	Quantity Unit
249		CPS	CPS22	EXPAYPCT	Quantity Unit
250		CPS	CPS22	EXPAYAMT	Quantity Unit
251	390	CPS	CPS23	RRDETAIL	Yes/No

252	400	CPS	CPS24	RRADD	Yes/No
253	410	CPS	CPS25	CPADDSOP	Yes/No
254	420	CPS	CPS26	SOP_CP	Roster
255	430	CPS	CPS27	TSOPREIM	Grid
256	455	CPS	CPS27BINT	PLANINTRO_CPS	No Entry
257	456	CPS	CPS27B_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
258	470	CPS	CPS28	CPMHMOCHNG	Yes/No
259	480	CPS	CPS29	CPSOPCURR	Yes/No
260	485	CPS	CPS29A	CPMPDPCHNG	Yes/No
261	487	CPS	CPS29B	CPSOPCURR2	Yes/No
262	520	CPS	CPS30	REIMBCOV	Yes/No
263	530	CPS	CPS31	REIMCODE	Code 1
264	540	CPS	CPS32	REIMCOMMENT	No Entry
265	40	DIQ	DIINTROA	DIINT	No Entry
266	50	DIQ	DI1A	HISPORIG	Yes/No
267	55	DIQ	DI1B	HISPORDT	Code All
268	55	DIQ	DI1B	HISPDTOS	Code All
269	60	DIQ	DI2A	RACECODE	Code All
270	60	DIQ	DI2A	RACEOS	Code All
271	70	DIQ	DI2B	RACEASDT	Code All
272	70	DIQ	DI2B	RACEASOS	Code All



273	80	DIQ	DI2C	RACEPIDT	Code All
274	80	DIQ	DI2C	RACEPIOS	Code All
275	90	DIQ	DI3INTRO	DIINT3	No Entry
276	110	DIQ	DI3A	SPDEGRCV	Code 1
277	130	DIQ	DI4INTRO	DIINT4	No Entry
278	140	DIQ	DI4	SPINC25K	Code 1
279	155	DIQ	DI5A	SPINCLET	Code 1

280	20	DUQ	DUINTRO	DUINT	No Entry
281	30	DUQ	DU1	DUPROBE	Yes/No
282	40	DUQ	DU2	PROVIDER_DU	Roster
283	60	DUQ	DU3	VAPLACE	Yes/No
284	80	DUQ	DU4	HMOASSOC	Yes/No
285	90	DUQ	DU5	HMOREFER	Yes/No
286	120	DUQ	DU6	EVENT_DU	Roster
287	125	DUQ	DU6_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
288	170	DUQ	DU9	PRESMDCN	Yes/No
289	180	DUQ	DU10	PRESFILL	Yes/No
290	200	DUQ	DU10A	DUPMMEDS	No Entry
291	210	DUQ	DU11	MEDICINE_DU	Roster
292	260	DUQ	DU14	DUMORE	Yes/No
293	10	END	END1	INTLANG	Code 1

294	20	END	END2	SAVECASE	No Entry
295	20	ENS	ENSINTRO	ENSINT	No Entry
296	50	ENS	ENS1	HHSTILL	Yes/No
297	60	ENS	ENS2	HOUSEHOLD_NOT	Roster
298	61	ENS	ENS2_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
299	62	ENS	ENS2A	NOTHRSN	Code 1
300		ENS	ENS2A	NOTHHROS	Code 1
301	70	ENS	ENS3	HHNEW	Yes/No
302	90	ENS	ENS4	HOUSEHOLD_ENS	Roster
303	92	ENS	ENS4A	HHMISS	Yes/No
304	100	ENS	ENS5	HHPSEX	Grid
305		ENS	ENS5	EHHDOBMM	Grid
306		ENS	ENS5	EHHDOBDD	Grid
307		ENS	ENS5	EHHDOBYY	Grid
308		ENS	ENS5	HHPAGE	Grid
309	160	ENS	ENS10	EHHDOBMM	Grid
310		ENS	ENS10	EHHDOBDD	Grid
311		ENS	ENS10	EHHDOBYY	Grid
312		ENS	ENS10	HHPAGE	Grid

313	164	ENS	ENS10A	HOUSEHOLD_OWNS	Roster
314	168	ENS	ENS10AA	ASKWORK	Yes/No
315	180	ENS	ENS11	JOBSTAT	Yes/No
316	183	ENS	ENS11A_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
317	184	ENS	ENS11A	HHJBSTAT	Yes/No
318	200	ENS	ENS12	SPAFEVER	Yes/No
319	210	ENS	ENS13	SPAFTIME	Code All
320	220	ENS	ENS14	SPNGEVER	Yes/No
321	240	ENS	ENS15	SPNGALL	Yes/No
322	250	ENS	ENS16	SPNGDSBL	Yes/No
323	260	ENS	ENS17	SPVARATE	Numeric
324	20	ERQ	ER1	ERPROBE	Yes/No
325	30	ERQ	ER2	PROVIDER_ER	Roster
326	50	ERQ	ER3	VAPLACE	Yes/No
327	70	ERQ	ER3A	HMOASSOC	Yes/No
328	80	ERQ	ER3B	HMOREFER	Yes/No
329	110	ERQ	ER4	EVENT_ER	Roster
330	115	ERQ	ER4_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator

331	150	ERQ	ER6	ERADMIT	Yes/No
332	170	ERQ	ER7	PRESMDCN	Yes/No
333	180	ERQ	ER8	PRESFILL	Yes/No
334	200	ERQ	ER8A	ERPMMEDS	No Entry
335	210	ERQ	ER9	MEDICINE_ER	Roster
336	230	ERQ	ER10	ERMORE	Yes/No
337	10	EXQ	EX1	EXINTRO	No Entry
338	20	EXQ	EX1A	EXTHANK	No Entry
339	20	HAQ	HAINTRO	HAINT	No Entry

340	30	HAQ	HA1	DWELLING	Code 1
341		HAQ	HA1	DWELLOS	Code 1
342	40	HAQ	HA2	HLEVELS	Code 1
343	50	HAQ	HA3	HELEVTR	Yes/No
344	60	HAQ	HA4	HONELEVL	Yes/No
345	70	HAQ	HA5	HBTHLEVL	Yes/No
346	80	HAQ	HAINTRO2	HAINT1	No Entry
347	100	HAQ	HAINTRO2 A	HAINT2	No Entry
348	110	HAQ	HA6	HRAMPS	Yes/No
349	120	HAQ	HA7	HBATHRM	Yes/No
350	130	HAQ	HA8	HRAILING	Yes/No
351	150	HAQ	HA9	HOUSTYPE	Yes/No
352	160	HAQ	HA10	HCOMUNTY	Code 1
353		HAQ	HA10	HCOMUNOS	Code 1

354	180	HAQ	HAINTRO3	HAINT3	No Entry
355	190	HAQ	HA11	HPERCARE	Yes/No
356	200	HAQ	HA12	MEALPROB	List
357		HAQ	HA12	MAIDPROB	List
358		HAQ	HA12	WASHPROB	List
359		HAQ	HA12	HELPPROB	List
360		HAQ	HA12	TRANPROB	List
361		HAQ	HA12	RECPROB	List
362	220	HAQ	HA13	SERVINCL	Code 1
363	240	HAQ	HA14	STAYPUT	Yes/No

364	250	HAQ	HA15	CAREPART	Yes/No
365	260	HAQ	HA16	REQAGE	Yes/No
366	280	HAQ	HA17	PERSBATH	Yes/No
367	290	HAQ	HA18	NBRROOMS	Numeric
368	300	HAQ	HA19	PERKITCH	Yes/No
369	20	HFQ	HFA1	GENHELTH	Code 1
370	30	HFQ	HFA2	COMPHLTH	Code 1
371	35	HFQ	HFA3	HELMTACT	Code 1
372	50	HFQ	HFB1	ECHELP	Yes/No
373	60	HFQ	HFB2	ECTROUB	Code 1



374	90	HFQ	HFB2A	ECLEGBLI	Yes/No
375	110	HFQ	HFB6	EDOCEXAM	Yes/No
376	130	HFQ	HFB7	EDOCLAST	Code 1
377	142	HFQ	HFB7A	EDOCTYPE	Code 1
378		HFQ	HFB7A	EDOCTYOS	Code 1
379	145	HFQ	HFB7B	EDOCDLAT	Yes/No
380	148	HFQ	HFB7C	ECATARAC	List
381		HFQ	HFB7C	EGLAUCOM	List

382		HFQ	HFB7C	ERETINOP	List
383		HFQ	HFB7C	EMACULAR	List
384	151	HFQ	HFB10	ECCATOP	Yes/No
385	157	HFQ	HFB11	ELASRSUR	Yes/No
386	177	HFQ	HFC1	HCHELP	Yes/No
387	180	HFQ	HFC2	HCTROUB	Code 1
388	190	HFQ	HFC3	HCKNOWMC	Code 1
389	200	HFQ	HFC4	HCCOMDOC	Code 1
390	220	HFQ	HFD1A	FOODTRBL	Code 1
391	230	HFQ	HFE1	HEIGHTFT	Numeric
392		HFQ	HFE1	HEIGHTIN	Numeric
393		HFQ	HFE1	WEIGHT	Numeric

394	250	HFQ	HFFINTRO	PREVHLTHINTRO	No Entry
395	260	HFQ	HFF1	BPTAKEN	Code 1
396	270	HFQ	HFF2	BCTAKEN	Code 1
397	290	HFQ	HFF3	MAMMOGRM	Yes/No
398	320	HFQ	HFF5	MAMCODE	Code All
399		HFQ	HFF5	MAMNOTHS	Code All
400	330	HFQ	HFF6		Yes/No
401	360	HFQ	HFF8	PAPCODE	Code All
402		HFQ	HFF8	PAPNOTHS	Code All
403	380	HFQ	HFF9		Yes/No
404	400	HFQ	HFF10	PROSSURG	Yes/No
405	410	HFQ	HFF11	DIGTEXAM	Yes/No

406	420	HFQ	HFF12	BLOODTST	Yes/No
407	450	HFQ	HFF14	PRONCODE	Code All
408		HFQ	HFF14	PRONOTHS	Code All
409	470	HFQ	HFF15	FLUSHOT	Yes/No
410	490	HFQ	HFF17	FLUCODE	Code All
411		HFQ	HFF17	FLUOTHOS	Code All
412	510	HFQ	HFF18	FLUSITE	Code 1
413		HFQ	HFF18	FLUSITOS	Code 1

414	511	HFQ	HFF18A	VACPAID	Yes/No
415	513	HFQ	HFF20	VACSUPPLY	Yes/No
416	516	HFQ	HFF21	NOVACINE	Yes/No
417	560	HFQ	HFF22	PNEUSHOT	Yes/No
418	570	HFQ	HFF23	PNUCODE	Code All
419		HFQ	HFF23	PNUOTHOS	Code All
420	590	HFQ	HFG1	EVERSMOK	Yes/No
421	600	HFQ	HFG2	SMOKNOW	Yes/No
422	640	HFQ	HFG3	DIDSMOKE	Numeric
423		HFQ	HFG3	DIDSMOKE_LESSON E	Numeric
424	650	HFQ	HFG4	LASTSMOK	Code 1
425	660	HFQ	HFG5	HAVSMOKE	Numeric
426		HFQ	HFG5	HAVSMOKE_LESSON E	Numeric
427	670	HFQ	HFG5A	DRQTSMOK	Yes/No
428	675	HFQ	HFG6	QUITSMOK	Yes/No
429	690	HFQ	HFG7	DRINKDAY	Numeric
430	710	HFQ	HFG8	DRINKSPD	Numeric

431		HFQ	HFG8	DRINKSPD_LESSONE	Numeric
432	720	HFQ	HFG9	FOURDRNK	Numeric
433	730	HFQ	HFHINTRO	DIFINTRO	No Entry
434	740	HFQ	HFH1	DIFSTOOP	Code 1
435	750	HFQ	HFH2	DIFLIFT	Code 1
436	760	HFQ	HFH3	DIFREACH	Code 1
437	770	HFQ	HFH4	DIFWRITE	Code 1
438	780	HFQ	HFH5	DIFWALK	Code 1
439	850	HFQ	HFH10INT	PHYSACTINTRO	No Entry

440	860	HFQ	HFH10	VIGUNIT	Quantity Unit
441		HFQ	HFH10	VIGNUM	Quantity Unit
442	870	HFQ	HFH11	MODUNIT	Quantity Unit
443		HFQ	HFH11	MODNUM	Quantity Unit
444	880	HFQ	HFH12	MUSUNIT	Quantity Unit
445		HFQ	HFH12	MUSNUM	Quantity Unit
446	890	HFQ	HFJINTRO	MEDCONDINTRO	No Entry
447	910	HFQ	HFJ1	OCARTERY	Yes/No

448	930	HFQ	HFJ2	OCHBP	Yes/No
449	960	HFQ	HFJ3	YRHBP	Yes/No
450	970	HFQ	HFJ4	OCMYOCAR	Yes/No
451	1000	HFQ	HFJ5	YRMYOCAR	Yes/No
452	1010	HFQ	HFJ6	OCCHD	Yes/No
453	1040	HFQ	HFJ7	YRCHD	Yes/No
454	1050	HFQ	HFJ8	OCCFAIL	Yes/No
455	1070	HFQ	HFJ9	YRCFAIL	Yes/No
456	1080	HFQ	HFJ10	OCCVALVE	Yes/No
457	1100	HFQ	HFJ11	YRVALVE	Yes/No
458	1110	HFQ	HFJ12	OCRHYTHM	Yes/No
459	1130	HFQ	HFJ13	YRRHYTHM	Yes/No
460	1140	HFQ	HFJ14	OCOTHRT	Yes/No



461	1160	HFQ	HFJ15	YROTHHRT	Yes/No
462	1190	HFQ	HFJ16	OCSTROKE	Yes/No
463	1210	HFQ	HFJ17	YRSTROKE	Yes/No
464	1215	HFQ	HFJ17A	OCCHOLES	Yes/No
465	1220	HFQ	HFJ17B	YRCHOLES	Yes/No
466	1230	HFQ	HFJ18	OCCSKIN	Yes/No
467	1250	HFQ	HFJ19	YRCSKIN	Yes/No
468	1270	HFQ	HFJ20	OCCANCER	Yes/No
469	1290	HFQ	HFJ21	YRCANCER	Yes/No
470	1300	HFQ	HFJ22	OCCCODE	Code All
471		HFQ	HFJ22	OCCOS	Code All
472	1340	HFQ	HFJ24	OCARTHRH	Yes/No

473	1370	HFQ	HFJ25	OCARTH	Yes/No
474	1390	HFQ	HFJ26	YRARTHRD	Yes/No
475	1420	HFQ	HFJ28	OCMENTAL	Yes/No
476	1430	HFQ	HFJ29A	OCALZMER	Yes/No
477	1440	HFQ	HFJ29B	OCDEMENT	Yes/No
478	1445	HFQ	HFJ30AA	OCDEPRSS	Yes/No
479	1455	HFQ	HFJ30BB	YRDEPRSS	Yes/No
480	1460	HFQ	HFJ30A	OCPSYCHO	Yes/No
481	1470	HFQ	HFJ31A	YRPSYCHO	Yes/No
482	1500	HFQ	HFJ32	OCOSTEOP	Yes/No
483	1520	HFQ	HFJ33	OCBRKHIP	Yes/No
484	1540	HFQ	HFJ34	YRBRKHIP	Yes/No
485	1560	HFQ	HFJ35	OCPARKIN	Yes/No
486	1580	HFQ	HFJ36	OCEMPHYS	Yes/No

487	1600	HFQ	HFJ37	OCPPARAL	Yes/No
488	1630	HFQ	HFJ38	YRPPARAL	Yes/No
489	1650	HFQ	HFJ39	OCAMPUTE	Yes/No
490	1670	HFQ	HFJ40	HAVEPROS	Yes/No
491	1690	HFQ	HFJ41	YRPROST	Yes/No
492	1692	HFQ	HFJ41A	OCBETES	Yes/No
493	1694	HFQ	HFJ41B	OCDTYPE	Code 1
494		HFQ	HFJ41B	OCDTYPOS	Code 1
495	1698	HFQ	HFJ41C	OCDVISIT	Yes/No
496	1710	HFQ	HFJ42	EMCOND	Yes/No
497	1720	HFQ	HFJ43	EMCAUSEVB	Verbatim Text
498	1740	HFQ	HFJ44	EMCODE	Code All
499		HFQ	HFJ44	EMOS	Code All
500	1760	HFQ	HFPINTRO	HLTHCAREINTRO	No Entry

501	1770	HFQ	HFP1	DIAAGE	Numeric
502		HFQ	HFP1	DIAAGE_LESSONE	Numeric
503	1780	HFQ	HFP2	DIAPRGNT	Yes/No
504	1785	HFQ	HFP4	DIAINSUL	List
505		HFQ	HFP4	DIAMEDS	List
506		HFQ	HFP4	DIATEST	List
507		HFQ	HFP4	DIASORES	List
508		HFQ	HFP4	DIAPRESS	List
509		HFQ	HFP4	DIAASPRN	List
510	1795	HFQ	HFP5	INSUTAKE	Quantity Unit
511		HFQ	HFP5	INSUDAY	Quantity Unit
512		HFQ	HFP5	INSUWEEK	Quantity Unit
513	1805	HFQ	HFP6	MEDSTAKE	Quantity Unit
514		HFQ	HFP6	MEDDAY	Quantity Unit
515		HFQ	HFP6	MEDWEEK	Quantity Unit

516		HFQ	HFP6	MEDMONTH	Quantity Unit
517	1815	HFQ	HFP7	TESTTAKE	Quantity Unit
518		HFQ	HFP7	TESTDAY	Quantity Unit
519		HFQ	HFP7	TESTWEEK	Quantity Unit
520		HFQ	HFP7	TESTMNTN	Quantity Unit
521		HFQ	HFP7	TESTYEAR	Quantity Unit
522	1825	HFQ	HFP8	SORECHEK	Quantity Unit
523		HFQ	HFP8	SOREDAY	Quantity Unit
524		HFQ	HFP8	SOREWEEK	Quantity Unit

525		HFQ	HFP8	SOREMNTH	Quantity Unit
526		HFQ	HFP8	SOREYEAR	Quantity Unit
527	1830	HFQ	HFP10	DIATENYR	Yes/No
528	1835	HFQ	HFP11	DIADRSAW	Numeric
529	1838	HFQ	HFP13	DIAHEMOC	Numeric
530	1841	HFQ	HFP14	DIACTRLD	Code 1
531	1844	HFQ	HFP14A1	DIAHYPO	Yes/No
532	1847	HFQ	HFP14A2	DIAHYPTR	Code 1
533	1849	HFQ	HFP14A3	DIAFTEVR	Yes/No

534	1855	HFQ	HFP14A	DIAFEET	Yes/No
535	1857	HFQ	HFP14B	DIANEURO	List
536		HFQ	HFP14B	DIACIRCF	List
537		HFQ	HFP14B	DIAULCER	List
538		HFQ	HFP14B	DIASKINC	List
539	1860	HFQ	HFP15	DIAEYPRB	Yes/No
540	1872	HFQ	HFP16A1	DIAKDPEV	Yes/No
541	1876	HFQ	HFP16	DIAKDPRB	Yes/No
542	1879	HFQ	HFP16A	DIAKIDNY	Yes/No
543	1882	HFQ	HFP17	DIAMNGE	Yes/No

544	1885	HFQ	HFP18	DIATRIN	Code 1
545	1888	HFQ	HFP19	DIAKNOW	Code 1
546	1890	HFQ	HFP20	DIASUPPS	Yes/No
547	1895	HFQ	HFP21	DIAEVERT	Yes/No
548	1900	HFQ	HFP22	DIARECNT	Code 1
549	1910	HFQ	HFP23	DIAAWARE	Yes/No
550	1915	HFQ	HFP24	DIARISK	Yes/No
551	1920	HFQ	HFP25	DIASIGNS	Yes/No
552	1924	HFQ	HFR1	COLHEAR	Yes/No
553	1926	HFQ	HFR3	COLHTEST	Yes/No



554	1928	HFQ	HFR4	COLHKIT	Yes/No
555	1929	HFQ	HFR4A	COLFDOC	Yes/No
556	1930	HFQ	HFR5	COLCARD	Yes/No
557	1932	HFQ	HFR7	COLRECNT	Code 1
558	1934	HFQ	HFR8	COLSCOPY	Yes/No
559	1936	HFQ	HFR9	WHENSCOP	Code 1
560	1938	HFQ	HFR10	HEARSCOP	Yes/No
561	1942	HFQ	HFR11	COLDRREC	Yes/No
562	1944	HFQ	HFR13	COLSCRNS	Yes/No
563	1965	HFQ	HFSINTRO	OSTINTRO	No Entry
564	1970	HFQ	HFS1	OSTEVERT	Yes/No
565	1980	HFQ	HFS2	OSTHRISK	Yes/No
566	1985	HFQ	HFS2A	OSTFRACT	Yes/No
567	1990	HFQ	HFS3	OSTTEST	Yes/No
568	2000	HFQ	HFS4	OSTHEAR	Yes/No

569	2010	HFQ	HFS5	OSTRECNT	Code 1
570	2020	HFQ	HFS6	OSTMASS	Yes/No
571	2050	HFQ	HFAC29	HCTROUBL	Yes/No
572	2060	HFQ	HFAC30A	HCTCODE	Code All
573		HFQ	HFAC30A	HCTOTHOS	Code All
574	2080	HFQ	HFAC30B	CGETAPPT	Yes/No
575	2090	HFQ	HFAC30C	CGETCODE	Code All
576		HFQ	HFAC30C	CGETOTOS	Code All
577	2110	HFQ	HFAC30D	OFFEXPLN	Yes/No
578	2120	HFQ	HFAC30E	OFFEXVB	Verbatim Text
579	2148	HFQ	HFAC31	HCDELAY	Yes/No
580	2150	HFQ	HFKINTRO	IADLINTRO	No Entry
581	2155	HFQ	HFKA1	PRBTELE	Code 1
582	2160	HFQ	HFKA2	DONTTELE	Yes/No

583	2165	HFQ	HFKB1	PRBLHWK	Code 1
584	2170	HFQ	HFKB2	DONTLHWK	Yes/No
585	2175	HFQ	HFKC1	PRBHHWK	Code 1
586	2180	HFQ	HFKC2	DONTHHWK	Yes/No
587	2185	HFQ	HFKD1	PRBMEAL	Code 1
588	2190	HFQ	HFKD2	DONTMEAL	Yes/No
589	2195	HFQ	HFKE1	PRBSHOP	Code 1
590	2200	HFQ	HFKE2	DONTSHOP	Yes/No
591	2205	HFQ	HFKF1	PRBBILS	Code 1
592	2210	HFQ	HFKF2	DONTBILS	Yes/No
593	2220	HFQ	HFKA3	HELPTLELE	Yes/No
594	2225	HFQ	HFKA4	PERSON_HLPRTELE	Roster

595	2235	HFQ	HFKB3	HELPLHWK	Yes/No
596	2240	HFQ	HFKB4	PERSON_HLPRLHWK	Roster
597	2250	HFQ	HFKC3	HELPHHWK	Yes/No
598	2255	HFQ	HFKC4	PERSON_HLPRHHW K	Roster
599	2265	HFQ	HFKD3	HELPMEAL	Yes/No
600	2270	HFQ	HFKD4	PERSON_HLPRMEAL	Roster
601	2280	HFQ	HFKE3	HELPSHOP	Yes/No
602	2285	HFQ	HFKE4	PERSON_HLPRSHOP	Roster

603	2295	HFQ	HFKF3	HELPBILS	Yes/No
604	2300	HFQ	HFKF4	PERSON_HLPRBILS	Roster
605	2305	HFQ	HFLINTRO	ADLSINTRO	No Entry
606	2310	HFQ	HFLA1	HPPDBATH	Code 1
607	2315	HFQ	HFLA2	DONTBATH	Yes/No
608	2320	HFQ	HFLB1	HPPDDRES	Code 1
609	2325	HFQ	HFLB2	DONTDRES	Yes/No
610	2330	HFQ	HFLC1	HPPDEAT	Code 1
611	2335	HFQ	HFLC2	DONTEAT	Yes/No
612	2340	HFQ	HFLD1	HPPDCHAR	Code 1
613	2345	HFQ	HFLD2	DONTCHAR	Yes/No
614	2350	HFQ	HFLE1	HPPDWALK	Code 1
615	2355	HFQ	HFLE2	DONTWALK	Code 1
616	2360	HFQ	HFLF1	HPPDTOIL	Code 1

617	2365	HFQ	HFLF2	DONTTOIL	Yes/No
618	2375	HFQ	HFLA3	HELPBATH	Yes/No
619	2380	HFQ	HFLA4	PCHKBATH	Yes/No
620	2385	HFQ	HFLA5	EQIPBATH	Yes/No
621	2395	HFQ	HFLA6	LONGBATH	Code 1
622	2400	HFQ	HFLA7	STILBATH	Yes/No
623	2410	HFQ	HFLB3	HELPDRES	Yes/No
624	2415	HFQ	HFLB4	PCHKDRES	Yes/No
625	2420	HFQ	HFLB5	EQIPDRES	Yes/No
626	2430	HFQ	HFLB6	LONGDRES	Code 1
627	2435	HFQ	HFLB7	STILDRES	Yes/No
628	2445	HFQ	HFLC3	HELPEAT	Yes/No
629	2450	HFQ	HFLC4	PCHKEAT	Yes/No
630	2455	HFQ	HFLC5	EQUIPEAT	Yes/No

631	2465	HFQ	HFLC6	LONGEAT	Code 1
632	2470	HFQ	HFLC7	STILEAT	Yes/No
633	2480	HFQ	HFLD3	HELPCHAR	Yes/No
634	2485	HFQ	HFLD4	PCHKCHAR	Yes/No
635	2490	HFQ	HFLD5	EQIPCHAR	Yes/No
636	2500	HFQ	HFLD6	LONGCHAR	Code 1
637	2505	HFQ	HFLD7	STILCHAR	Yes/No
638	2515	HFQ	HFLE3	HELPWALK	Yes/No
639	2520	HFQ	HFLE4	PCHKWALK	Yes/No
640	2525	HFQ	HFLE5	EQIPWALK	Yes/No
641	2535	HFQ	HFLE6	LONGWALK	Code 1
642	2540	HFQ	HFLE7	STILWALK	Yes/No

643	2550	HFQ	HFLF3	HELPTOIL	Yes/No
644	2555	HFQ	HFLF4	PCHKTOIL	Yes/No
645	2560	HFQ	HFLF5	EQUIPTOIL	Yes/No
646	2570	HFQ	HFLF6	LONGTOIL	Code 1
647	2575	HFQ	HFLF7	STILTOIL	Yes/No
648	2585	HFQ	HFLA9	PERSON_HLPRBATH	Roster
649	2595	HFQ	HFLB9	PERSON_HLPRDRES	Roster
650	2605	HFQ	HFLC9	PERSON_HLPREAT	Roster
651	2615	HFQ	HFLD9	PERSON_HLPRCHAR	Roster
652	2625	HFQ	HFLE9	PERSON_HLPRWALK	Roster
653	2635	HFQ	HFLF9	PERSON_HLPRTOIL	Roster
654	2644	HFQ	HFL10	PERSON_HLPRMOST	Roster
655	2650	HFQ	HFM1	FALLANY	Yes/No
656	2653	HFQ	HFM2	FALLTIME	Numeric
657	2656	HFQ	HFM3A	FALLHELP	Yes/No
658	2659	HFQ	HFM3B	FALCODE	Code All
659		HFQ	HFM3B	FALOTHOS	Code All
660	2662	HFQ	HFM3C	FALLIMIT	Yes/No
661	2665	HFQ	HFM3D	FALLBACK	Code 1



662	2668	HFQ	HFM3E	FALLFEAR	Numeric
663	2674	HFQ	HFN1	MEMLOSS	Yes/No
664	2678	HFQ	HFN2	PROBDECS	Yes/No
665	2680	HFQ	HFN3	TROBCONC	Yes/No
666	2690	HFQ	HFN4	TIMESAD	Code 1
667	2700	HFQ	HFN5	LOSTINTR	Yes/No
668	2703	HFQ	HFQ1	LOSTURIN	Code 1
669	2709	HFQ	HFQ2	TALKURIN	Yes/No
670	2712	HFQ	HFQ3	FEELURIN	Yes/No
671	2715	HFQ	HFQ4	REASURIN	Yes/No
672	2718	HFQ	HFQ5	SURGURIN	Yes/No
673	2730	HFQ	HFT1	HYPETOLD	Code 1
674	2735	HFQ	HFT2	HYPEAGE	Numeric

675		HFQ	HFT2	HYPEAGE_LESSONE	Numeric
676	2740	HFQ	HFT6D	HYPEHOME	Yes/No
677	2750	HFQ	HFT6G	HYPEMEDS	Yes/No
678	2760	HFQ	HFT6J	HYPEDRNK	Yes/No
679	2780	HFQ	HFT7	HYPELONG	Numeric
680		HFQ	HFT7	HYPELONG_LESSON E	Numeric
681	2790	HFQ	HFT8	HYPEMANY	Numeric
682	2800	HFQ	HFT11A	HYPECOND	Code 1
683	2805	HFQ	HFT12A	HYPECTRL	Code 1
684	2820	HFQ	HFT13	HYPEPAY	Yes/No
685	2830	HFQ	HFT14	HYPESKIP	Yes/No
686	10	HHQ	HH1	HHRPROF	Yes/No

687	20	HHQ	HH2	PROVIDER_HHP	Roster
688	30	HHQ	HH3	PROVSPEC	Code 1
689		HHQ	HH3	PROVSPOS	Code 1
690	40	HHQ	HH4	WORKSFOR	Code 1
691	50	HHQ	HH5	PROVIDER_HHPORG	Roster
692	60	HHQ	HH6	HHPLACE	Code 1
693		HHQ	HH6	HHPLACOS	Code 1
694	72	HHQ	HH7	OTHMEALS	Yes/No
695	100	HHQ	HH8	VAPLACE	Yes/No
696	130	HHQ	HH10A	HMOASSOC	Yes/No
697	140	HHQ	HH10B	HMOREFER	Yes/No
698	160	HHQ	HH11	HELPUNIT	Quantity Unit
699		HHQ	HH11	HELPNUM	Quantity Unit
700	170	HHQ	HH12	STAYUNIT	Quantity Unit
701		HHQ	HH12	STAYHOUR	Quantity Unit

702		HHQ	HH12	STAYMIN	Quantity Unit
703	180	HHQ	HH13	NEEDNURS	Yes/No
704	190	HHQ	HH14	NEEDMEAL	Yes/No
705	200	HHQ	HH15	NEEDCARE	Yes/No
706	220	HHQ	HH16	HHPMORE	Yes/No
707	230	HHQ	HH17	HHPOMORE	Yes/No
708	240	HHQ	HH18	HHPFRND	Yes/No

709	250	HHQ	HH19	PROVIDER_HHF	Roster
710	260	HHQ	HH20	HHFTYPE	Code 1
711	270	HHQ	HH21	HHFRELAT	Code 1
712		HHQ	HH21	HHFRELOS	Code 1
713	410	HHQ	HH28	HHFMORE	Yes/No
714	420	HHQ	HH29	HHFOMORE	Yes/No
715	20	HHS	HHS1	PROFPROB	Yes/No
716	40	HHS	HHS2	FRNDPROB	Yes/No
717	70	HHS	HHS3	OTHMEALS	Yes/No

718	1484	HIQ	HIMCINTR	HIINTR1	No Entry
719	1550	HIQ	MC1	LOADCORR	Yes/No
720	1560	HIQ	MC2	WHATWRNG	Code 1
721	1575	HIQ	MC2B	YDISNROL	Code 1
722		HIQ	MC2B	YDISNROS	Code 1
723	1590	HIQ	MC3	PRIMPHYS	Yes/No
724	1600	HIQ	MC4	SAMEPLAN	Code 1
725	1610	HIQ	MC5	PLAN_MHMOMCA	Roster
726	1670	HIQ	MC11	REFERMED	Code 1
727	1680	HIQ	MC12	PLAN_MHMOMCB	Roster

728	1700	HIQ	HIMC1A	MHMOSAME	Yes/No
729	1703	HIQ	HIMC1B1	YDISNROL	Code 1
730		HIQ	HIMC1B1	YDISNROS	Code 1
731	1704	HIQ	HIMC1C	MHMOOTHR	Yes/No
732	1710	HIQ	HIMC1	MHMOCOV	Yes/No
733	1890	HIQ	HIMC3	MHMOCURR	Yes/No
734	1920	HIQ	HIMC5	PLAN_MHMO	Roster
735	1940	HIQ	HIMC6A	MHMORXTM	Yes/No
736	2100	HIQ	HIMC7	MHMODENT	Yes/No
737	2110	HIQ	HIMC8	MHMOEYE	Yes/No

738	2130	HIQ	HIMC10	MHMONH	Yes/No
739	2140	HIQ	HIMC11	MHMOPAY	Yes/No
740	2150	HIQ	HIMC12	MHMOAMT	Quantity Unit Hybrid
741	2150	HIQ	HIMC12	MHMOUNIT	Quantity Unit Hybrid



742	2150	HIQ	HIMC12	MHMOUNOS	Quantity Unit Hybrid
743	2160	HIQ	HIMC12A	MHMOCOST	Yes/No
744	2170	HIQ	HIMC12B	MHMOWHO	Code 1
745	2170	HIQ	HIMC12B	MHMOWHOS	Code 1
746	2230	HIQ	HIMC16	MHMOMORE	Yes/No
747	2240	HIQ	HIMC17	PLAN_MHMOTHE R	Roster
748	2280	HIQ	HIMC19	RECMHMO	Yes/No
749	2360	HIQ	HIMC24	HMONUMYR	Numeric
750	2360	HIQ	HIMC24	HMONUM96	Numeric
751	2420	HIQ	HI5INTRO	MCAIDINT	No Entry
752	2440	HIQ	HI5INTRB	MCAIDINTB	No Entry
753	2450	HIQ	HI5	AIDCOVER	Yes/No

754	2470	HIQ	HI6	COVTIME	Code 1
755	2490	HIQ	HI7	COVNOW	Yes/No
756	2510	HIQ	HI8	COVBEGMM	Date
757	2510	HIQ	HI8	COVBEGDD	Date
758	2510	HIQ	HI8	COVBEGYY	Date
759	2540	HIQ	HI9	COVENDMM	Date
760	2540	HIQ	HI9	COVENDDD	Date
761	2540	HIQ	HI9	COVENDYY	Date
762	2580	HIQ	HI10A	MCAIDHMO	Yes/No
763	2635	HIQ	HI10C1	MPDCOVER	Yes/No
764	2645	HIQ	HI10C2	PDPCURR	Yes/No
765	2655	HIQ	HI10C3	PLAN_CAIDMPDP	Roster
766	2665	HIQ	HI10C4	PDPMORE	Yes/No

767	2675	HIQ	HI10C5	PLAN_CAIDMPDPOT HR	Roster
768	2685	HIQ	HI10D	MCDRXCOV	Yes/No
769	2800	HIQ	HIT1	TRICOVER	Yes/No
770	2810	HIQ	HIT2	COVTIME	Code 1
771	2820	HIQ	HIT3	COVNOW	Yes/No
772	2840	HIQ	HIT4	TRIRXCOV	Yes/No
773	2845	HIQ	HIT4A1	TRIMEDS	Code 1

774	2845	HIQ	HIT4A1	TRIMEDOS	Code 1
775	3070	HIQ	HIT11	MTFCOVER	Yes/No
776	3090	HIQ	HI36	VACOVER	Yes/No
777	3103	HIQ	HI11PREV	PUBINTRO	No Entry
778	3104	HIQ	HI11PREV_	NAVIGATOR	Instance
779	3110	HIQ	HI11	PUBCOVER	Yes/No
780	3130	HIQ	HI12	PLAN_PUBLIC	Roster
781	3135	HIQ	HI12_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator

782	3140	HIQ	HI13	COVTIME	Code 1
783	3160	HIQ	HI14	COVNOW	Yes/No
784	3180	HIQ	HI15	COVBEGMM	Date
785	3180	HIQ	HI15	COVBEGDD	Date
786	3180	HIQ	HI15	COVBEGYY	Date
787	3200	HIQ	HI16	COVENDMM	Date
788	3200	HIQ	HI16	COVENDDD	Date
789	3200	HIQ	HI16	COVENDYY	Date
790	3202	HIQ	HI16A	PUBRXCOV	Yes/No
791	3323	HIQ	HI16AB	PDPSAME	Yes/No
792	3328	HIQ	HI16AC	PDPYSTOP	Code 1
793	3328	HIQ	HI16AC	PDPYSTOS	Code 1
794	3333	HIQ	HI16AD	PDPOther	Yes/No
795	3338	HIQ	HI16B	PDPCOVER	Yes/No

796	3343	HIQ	HI16B1	PDPCOVER	Yes/No
797	3348	HIQ	HI16C	PDPCURR	Yes/No
798	3353	HIQ	HI16E	PLAN_MPDP	Roster
799	3363	HIQ	HI16F	PDPMORE	Yes/No
800	3368	HIQ	HI16G	PLAN_MPDPOTHR	Roster
801	3372	HIQ	HI17PREV	PRIVINTRO	No Entry
802	3373	HIQ	HI17PREV_	NAVIGATOR	Instance
803	3380	HIQ	HI17	PRVCOVER	Navigator Yes/No
804	3420	HIQ	HI19	GAPCOVER	Yes/No
805	3430	HIQ	HI20	PLAN_PRIVATE	Roster
806	3440	HIQ	HI20_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator

807	3450	HIQ	HI21	COVTIME	Code 1
808	3480	HIQ	HI22	COVNOW	Yes/No
809	3860	HIQ	HI23	COVBEGMM	Date
810	3860	HIQ	HI23	COVBEGDD	Date
811	3860	HIQ	HI23	COVBEGYY	Date
812	3870	HIQ	HI24	COVENDMM	Date
813	3870	HIQ	HI24	COVENDDD	Date
814	3870	HIQ	HI24	COVENDYY	Date
815	3890	HIQ	HI25	PPRVHMO	Yes/No
816	3900	HIQ	HI26	PERS_MIPNUM	Roster
817	3910	HIQ	HI27	PPRVGET	Code 1
818	3910	HIQ	HI27	PPRVGTOS	Code 1

819	3960	HIQ	HI29	PRVNMCOV	Numeric
820	3990	HIQ	HI30	PRVRXCOV	Yes/No
821	4005	HIQ	HI31A	PRVMSCOV	List
822	4005	HIQ	HI31A	PRVIPCOV	List
823	4005	HIQ	HI31A	PRVNHCOV	List
824	4005	HIQ	HI31A	MHMODENT	List
825	4180	HIQ	HI32	MIPPINS	Yes/No
826	4200	HIQ	HI33	MIPPAMT	Quantity Unit Hybrid



827	4200	HIQ	HI33	MIPPUNIT	Quantity Unit Hybrid
828	4200	HIQ	HI33	MIPPUNOS	Quantity Unit Hybrid
829	4210	HIQ	HI33A	MHMOCOST	Yes/No
830	4220	HIQ	HI33B	MHMOWHO	Code 1
831	4220	HIQ	HI33B	MHMOWHOS	Code 1
832	4240	HIQ	HI33C	MHMOPOS	Yes/No
833	4270	HIQ	HI35	PRVOCOV	Yes/No
834	4280	HIQ	HI34	OTHNHCOV	Yes/No

835	20	HIS	HISINTRO	HISINT	No Entry
836	30	HIS	HIS1	HISCORRB	Code 1
837	40	HIS	HIS2	PLAN_DELETION	Roster
838	60	HIS	HIS2A	PLANDVB	Verbatim Text
839	75	HIS	HIS2B	PLAN_CORRECT	Roster
840	76	HIS	HIS2C	PLAN_STOPPED	Roster
841	77	HIS	HIS2D	HISSTPMM	Date
842	77	HIS	HIS2D	HISSTPDD	Date
843	77	HIS	HIS2D	HISSTPY	Date
844	78	HIS	HIS2E	PLANSVB	Verbatim Text
845	80	HIS	HIS3	ADDHITYPE	Code 1
846	100	HIS	HISMC1	PLAN_HISMHMO	Roster
847	110	HIS	HISMC2	HISMHMOCURR	Yes/No
848	130	HIS	HISMC3	HISMHMOCHNG	Yes/No

849	150	HIS	HISMC4	MHMORX	Yes/No
850	290	HIS	HISMC5	MHMODENT	Yes/No
851	300	HIS	HISMC6	MHMOEYE	Yes/No
852	320	HIS	HISMC8	MHMONH	Yes/No
853	330	HIS	HISMC9	MHMOPAY	Yes/No
854	340	HIS	HISMC10	MHMOAMT	Quantity Unit Hybrid

855	340	HIS	HISMC10	MHMOUNIT	Quantity Unit Hybrid
856	340	HIS	HISMC10	MHMOUNOS	Quantity Unit Hybrid
857	350	HIS	HISMC11	MHMOCOST	Yes/No
858	360	HIS	HISMC12	MHMOWHO	Code 1
859	360	HIS	HISMC12	MHMOWHOS	Code 1
860	410	HIS	HIS6	COVTIME	Code 1
861	420	HIS	HIS7	COVNOW	Yes/No
862	430	HIS	HIS8	COVBEGMM	Date
863	430	HIS	HIS8	COVBEGDD	Date
864	430	HIS	HIS8	COVBEGYY	Date
865	440	HIS	HIS9	COVENDMM	Date
866	440	HIS	HIS9	COVENDDD	Date
867	440	HIS	HIS9	COVENDYY	Date

868	460	HIS	HIS10A	MCAIDHMO	Yes/No
869	478	HIS	HIS10B1	HISMPDCOVER	Yes/No
870	480	HIS	HIS10C	MCDRXCOV	Yes/No
871	630	HIS	HIST1	COVTIME	Code 1
872	640	HIS	HIST2	COVNOW	Yes/No
873	650	HIS	HIST3	TRIRXCOV	Yes/No
874	655	HIS	HIST3AA	TRIMEDS	Code 1

875	655	HIS	HIST3AA	TRIMEDOS	Code 1
876	850	HIS	HIS12	PLAN_HISPUBLIC	Roster
877	855	HIS	HIS12_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
878	860	HIS	HIS13	COVTIME	Code 1
879	870	HIS	HIS14	COVNOW	Yes/No
880	880	HIS	HIS15	COVBEGMM	Date
881	880	HIS	HIS15	COVBEGDD	Date
882	880	HIS	HIS15	COVBEGYY	Date
883	890	HIS	HIS16	COVENDMM	Date
884	890	HIS	HIS16	COVENDDD	Date
885	890	HIS	HIS16	COVENDYY	Date
886	900	HIS	HIS16A	PUBRXCOV	Yes/No
887	1060	HIS	HIS20	PLAN_HISPRIVATE	Roster
888	1065	HIS	HIS20_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator

889	1070	HIS	HIS21	COVTIME	Code 1
890	1080	HIS	HIS22	COVNOW	Yes/No
891	1090	HIS	HIS23	COVBEGMM	Date
892	1090	HIS	HIS23	COVBEGDD	Date
893	1090	HIS	HIS23	COVBEGYY	Date
894	1100	HIS	HIS24	COVENDMM	Date
895	1100	HIS	HIS24	COVENDDD	Date
896	1100	HIS	HIS24	COVENDYY	Date
897	1110	HIS	HIS25	PPRVHMO	Yes/No
898	1120	HIS	HIS26	PERS_HISMIPNUM	Roster
899	1130	HIS	HIS27	PPRVGET	Code 1

900	1130	HIS	HIS27	PPRVGTOS	Code 1
901	1180	HIS	HIS29	PRVNMCOV	Numeric
902	1185	HIS	HIS31A	PRVRXCOV	List
903	1185	HIS	HIS31A	PRVMSCOV	List
904	1185	HIS	HIS31A	PRVIPCOV	List



905	1185	HIS	HIS31A	PRVNHCOV	List
906	1185	HIS	HIS31A	MHMODENT	List
907	1195	HIS	HIS32	MIPPINS	Yes/No
908	1205	HIS	HIS33	MIPPAMT	Quantity Unit Hybrid
909	1205	HIS	HIS33	MIPPUNIT	Quantity Unit Hybrid
910	1205	HIS	HIS33	MIPPUNOS	Quantity Unit Hybrid
911	1215	HIS	HIS33A	MHMOCOST	Yes/No

912	1225	HIS	HIS33B	MHMOWHO	Code 1
913	1225	HIS	HIS33B	MHMOWHOS	Code 1
914	1245	HIS	HIS33C	MHMOPOS	Yes/No
915	1265	HIS	HIS34	PLAN_HISMPDP	Roster
916	1275	HIS	HIS35	HISMPDPCURR	Yes/No
917	1305	HIS	HIS36	HISMPDPCHNG	Yes/No
918	1325	HIS	HIS37	PDPYSTOP	Code 1
919	1325	HIS	HIS37	PDPYSTOS	Code 1
920	1470	HIS	HISCLOSE	ENDHIS	No Entry
921	20	IAQ	IAINT8	SPSEINHH	Code 1
922	30	IAQ	IAINT9	ADLTINHH	Code 1

923	40	IAQ	IAINTRO	IAINT	No Entry
924	50	IAQ	IAINTRO1	IAINT1	No Entry
925	55	IAQ	IA1A	SSRRPROB	List
926	55	IAQ	IA1A	SSIPROBE	List
927	55	IAQ	IA1A	DISAPROB	List

928	55	IAQ	IA1A	PENPROBE	List
929	56	IAQ	IA1B	JOBPROBE	List
930	56	IAQ	IA1B	WELPROBE	List
931	56	IAQ	IA1B	RELPROBE	List
932	56	IAQ	IA1B	IRAWD	List

933	57	IAQ	IA1C	STOKPROB	List
934	57	IAQ	IA1C	LUMPPROB	List
935	57	IAQ	IA1C	ESTPROBE	List
936	57	IAQ	IA1C	PROPRENT	List
937	190	IAQ	IA13	OTHPROBE	Code 1

938	210	IAQ	IA14	INCYRAMT	Quantity Unit
-----	-----	-----	------	----------	------------------

939	210	IAQ	IA14	INCYRUNT	Quantity Unit
-----	-----	-----	------	----------	------------------

940	220	IAQ	IA15	INCYRMT1	Code 1
941	230	IAQ	IA16	INCYRMT2	Code 1
942	240	IAQ	IA17	INCYRMT3	Code 1
943	260	IAQ	IA17A	HHINCOME	Code 1

944	285	IAQ	IA18A	HOMEPRBB	Code 1
945	290	IAQ	IA19	HOMEEVAL	Dollar
946	300	IAQ	IA20	HOMEMORT	Code 1
947	310	IAQ	IA21	HOMEOWE	Dollar
948	320	IAQ	IA22	HOMERENT	Dollar
949	330	IAQ	IAINTRO4	IAINT4	No Entry
950	335	IAQ	IA23A	IRAPROBE	List
951	335	IAQ	IA23A	SAVPROBE	List

952	335	IAQ	IA23A	BONDPROB	List
953	335	IAQ	IA23A	INSPROBE	List
954	336	IAQ	IA23B	PROPPROB	List
955	336	IAQ	IA23B	CARPROBE	
956	336	IAQ	IA23B	ASTPROBE	
957	430	IAQ	IA30	ASTCODE	Code All
958	430	IAQ	IA30	ASTSPECI	Code All



959	440	IAQ	IA31	ASSTOTL	Dollar
960	442	IAQ	IA31A	VALSSET	Code 1
961	444	IAQ	IA31B	VALPICK	Code 1
962	450	IAQ	IA32	ASSTDEBT	Code 1
963	460	IAQ	IA33	ADEBTTOT	Dollar
964	470	IAQ	IA34	OTHDEBTS	Code 1
965	490	IAQ	IA35	DEBTTOT	Dollar
966	510	IAQ	IA36	DEBTMED	Dollar

967	45	INQ	INV1	CARIVER	Code 1
968	55	INQ	INV2	NOCARI	No Entry
969	65	INQ	IN1AA	ATDOOR	No Entry
970	70	INQ	IN2	VERIFYSP	Yes/No
971	90	INQ	IN3	ROSTFNAM	Text
972	90	INQ	IN3	ROSTMINI	Text
973	90	INQ	IN3	ROSTLNAM	Text
974	120	INQ	INS1	SPAISTATUS	Code 1
975	130	INQ	INS2	SPINSTMM	Date
976	130	INQ	INS2	SPINSTDD	Date
977	130	INQ	INS2	SPINSTYY	Date
978	150	INQ	INS3	SPDIEMM	Date
979	150	INQ	INS3	SPDIEDD	Date
980	150	INQ	INS3	SPDIEYY	Date
981	170	INQ	INS3A	DEASDATE	No Entry
982	180	INQ	INS3A1	INSTDATE	No Entry

983	190	INQ	INS3B	INTHANK	No Entry
984	250	INQ	IN4	SPPROXY	Code 1
985	270	INQ	IN4A	PERSON_PROXY	Roster
986	280	INQ	IN5	VERFYPROX	Yes/No
987	290	INQ	IN6	ROSTFNAM	Text
988	290	INQ	IN6	ROSTLNAM	Text
989	290	INQ	IN6	ROSTREL	Text
990	290	INQ	IN6	ROSTREOS	Text
991	310	INQ	IN6A	WHYPROXY	Code All
992	310	INQ	IN6A	PNSPOS	Code All
993	330	INQ	IN6B	PNSPVB	Verbatim Text
994	345	INQ	IN6B1	SUPPDIED	No Entry
995	350	INQ	IN6B2	SUPPINST	No Entry
996	355	INQ	IN6B3	INTHANK2	No Entry
997	380	INQ	INS6	EXITINFO	No Entry

998	390	INQ	INS6A	EXITINFR	No Entry
999	430	INQ	IN8	CHEKBRTH	Yes/No
1000	440	INQ	IN9	HHDOBMM	Date
1001	440	INQ	IN9	HHDOBDD	Date
1002	440	INQ	IN9	HHDOBYY	Date
1003	450	INQ	IN10	CHEKAGE	Yes/No
1004	460	INQ	IN11	ROSTSEX	Code 1
1005	480	INQ	IN12	CHNGSEX	Yes/No
1006	510	INQ	IN13	SPMARSTA	Code 1
1007	530	INQ	IN14	SPCHNLNM	Numeric
1008	12	IPQ	IPS1	EVENDMM	Date
1009	12	IPQ	IPS1	EVENDDD	Date
1010	12	IPQ	IPS1	EVENDYY	Date
1011	12	IPQ	IPS1	STILLHOSP	Date
1012	17	IPQ	IP1A	EVENDMM	Date

1013	17	IPQ	IP1A	EVENDDD	Date
1014	17	IPQ	IP1A	EVENDDY	Date
1015	17	IPQ	IP1A	STILLHOSP	Date
1016	20	IPQ	IP1	IPPROBE	Yes/No
1017	30	IPQ	IP2	PROVIDER_IP	Roster
1018	50	IPQ	IP3	VAPLACE	Yes/No
1019	70	IPQ	IP3A	HMOASSOC	Yes/No
1020	80	IPQ	IP3B	HMOREFER	Yes/No
1021	110	IPQ	IP4	EVBEGLMM	Date
1022	110	IPQ	IP4	EVBEGLDD	Date
1023	110	IPQ	IP4	EVBEGLYY	Date
1024	110	IPQ	IP4	EVENDDMM	Date
1025	110	IPQ	IP4	EVENDDD	Date
1026	110	IPQ	IP4	EVENDDY	Date
1027	110	IPQ	IP4	STILLHOSP	Date
1028	130	IPQ	IP4_ERR	IPOVERLP	Code 1

1029	150	IPQ	IP7	ANYOPERS	Yes/No
1030	190	IPQ	IP10	SPECCOND	Yes/No
1031	230	IPQ	IP13	PRESMDCN	Yes/No
1032	240	IPQ	IP14	PRESFILL	Yes/No
1033	260	IPQ	IP14A	IPPMEDS	No Entry
1034	270	IPQ	IP15	MEDICINE_IP	Roster
1035	290	IPQ	IP16	IPMORE	Yes/No
1036	20	IUQ	IU1	IUPROBE	Yes/No
1037	30	IUQ	IU2	PROVIDER_IU	Roster
1038	50	IUQ	IU3	VAPLACE	Yes/No
1039	70	IUQ	IU4	EVBEGMM	Date

1040	70	IUQ	IU4	EVBEGDD	Date
1041	70	IUQ	IU4	EVBEGYY	Date
1042	70	IUQ	IU4	EVENMMM	Date
1043	70	IUQ	IU4	EVENDDD	Date
1044	70	IUQ	IU4	EVENDDYY	Date
1045	100	IUQ	IU7	IUMORE	Yes/No
1046	200	KNQ	KNINTRO	KNINTR	No Entry
1047	300	KNQ	KN1	KNOWMC	Code 1
1048	400	KNQ	KN2	KCARKNOW	Code 1
1049	500	KNQ	KN24A	TOPICKN	Code All
1050	600	KNQ	KN25A	KNUPPICK	Code All

1051	600	KNQ	KN25A	KNUPOTOS	Code All
1052	635	KNQ	KN25B1	KNINFMCR	Yes/No
1053	660	KNQ	KN25C	KNINTMCR	Code 1
1054	700	KNQ	KN26	KNFOSATI	Code 1
1055	800	KNQ	KN27INT	KN27IN	No Entry
1056	900	KNQ	KN27	KBOKRECD	Yes/No
1057	1000	KNQ	KN28	KBOKREAD	Code 1
1058	1200	KNQ	KN29	KBOKUNDR	Code 1
1059	1301	KNQ	KN34B1	MDCOVAMAM	List



1060	1301	KNQ	KN34B1	MDCOVPSA	List
1061	1301	KNQ	KN34B1	MDCOVDNT	List
1062	1301	KNQ	KN34B1	MDCOVFLU	List
1063	1325	KNQ	KN34B2	MDCOVCOL	List
1064	1325	KNQ	KN34B2	MDCOVCRD	List
1065	1325	KNQ	KN34B2	MDCOVEYE	List
1066	1325	KNQ	KN34B2	MDCOVDBT	List

1067	1350	KNQ	KN34B3	MDCOVHHS	List
1068	1350	KNQ	KN34B3	MDCOVNH	List
1069	1350	KNQ	KN34B3	MDCOVER	List
1070	1350	KNQ	KN34B3	MDPAPEX	List
1071	1375	KNQ	KN34B4	MDPHYS	List
1072	1375	KNQ	KN34B4	MDSTPSMO	List
1073	1375	KNQ	KN34B4	MDWEIGHT	List
1074	1375	KNQ	KN34B4	MDPNEU	List
1075	1375	KNQ	KN34B4	MDWELL	List
1076	1400	KNQ	KNTFINT1	KNTFIN1	No Entry
1077	1500	KNQ	KNTF4	KNOUTUS	Code 1
1078	1600	KNQ	KNTF5	KNELIG	Code 1
1079	1630	KNQ	KNTF6A	KNCHOCOV	Code 1

1080	1660	KNQ	KNTF7	KNPREMI	Code 1
1081	1700	KNQ	KNTF10	KNSAVMSP	Code 1
1082	1800	KNQ	KNTF13	KNADVTG	Code 1
1083	1880	KNQ	KNTF14	KNADVCHG	Code 1
1084	1900	KNQ	KNTF16	KNLIMCHC	Code 1
1085	2000	KNQ	KNTF18	KNCOVORG	Code 1
1086	2100	KNQ	KNTF19	KNRAISE	Code 1
1087	2200	KNQ	KNTF21	KNCOMOPT	Code 1
1088	2500	KNQ	KNTF25	KNRPTHMO	Code 1

1089	2600	KNQ	KNTF28	KNAPLDEC	Code 1
1090	2640	KNQ	KNTF29	KNOUTPOC	Code 1
1091	2700	KNQ	KNTFINT2	KNTFIN2	No Entry
1092	2800	KNQ	KNTF30	KNVOLMED	Code 1
1093	3200	KNQ	KNTF32	KNRXLIST	Code 1
1094	3280	KNQ	KNTF33	KNCHGCST	Code 1
1095	3300	KNQ	KNTF35	KNACCPLN	Code 1
1096	3360	KNQ	KNTF36	KNCHGLST	Code 1
1097	3400	KNQ	KNTF37	KNLIMINC	Code 1
1098	3480	KNQ	KNTF38	KNONLCHG	Code 1

1099	3500	KNQ	KNTF39	KNOUTPKT	Code 1
1100	3800	KNQ	KN50	KNHAVCOM	Yes/No
1101	3900	KNQ	KN51INT	KN51IN	No Entry
1102	4000	KNQ	KN51A	KNETPERS	Code 1
1103	4100	KNQ	KN51B	KNETFRND	Yes/No
1104	4200	KNQ	KN51C	KNETOFTN	Code 1
1105	4400	KNQ	KN53	KVSITWEB	Yes/No
1106	4416	KNQ	KN53A	KNHOSCOM	Yes/No
1107	4432	KNQ	KN53B	KNDPLFND	Yes/No

1108	4475	KNQ	KN53D	KNDOCREC	Yes/No
1109	4600	KNQ	KN54	KCHIHELP	Code 1
1110	4800	KNQ	KN56	KREELINE	Yes/No
1111	5000	KNQ	KN57	KCPHINFO	Yes/No
1112	5100	KNQ	KN58	KCSUGGST	Verbatim Text
1113	5100	KNQ	KN58	KCSUGGVB	Verbatim Text
1114	5200	KNQ	KNEND	KNENDSCR	No Entry
1115	200	MBQ	MB1	MTBLGTPL	Yes/No
1116	300	MBQ	MB2	MREDTRAV	Yes/No
1117	400	MBQ	MB3	MASKRIDE	Yes/No

1118	500	MBQ	MB4	MLIMDRIV	Yes/No
1119	600	MBQ	MB5	MGIVUPDR	Yes/No
1120	700	MBQ	MB6	MUSETRANS	Yes/No
1121	20	MPQ	MP1	MPPRMDOC	Yes/No
1122	30	MPQ	MP2	PROVIDER_MP	Roster
1123	34	MPQ	MP2A	PROVSPEC	Code 1
1124	34	MPQ	MP2A	PROVSPOS	Code 1
1125	50	MPQ	MP3	VAPLACE	Yes/No
1126	70	MPQ	MP4	HMOASSOC	Yes/No
1127	80	MPQ	MP5	HMOREFER	Yes/No
1128	110	MPQ	MP6	EVENT_MP	Roster
1129	115	MPQ	MP6_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1130	130	MPQ	MP6B	MPSDVIS	Yes/No
1131	160	MPQ	MP7	ANYOPERS	Yes/No
1132	200	MPQ	MP10	SPECCOND	Yes/No

1133	230	MPQ	MP12	PRESMDCN	Yes/No
1134	240	MPQ	MP13	PRESFILL	Yes/No
1135	260	MPQ	MP13A	MPPMMEDS	No Entry
1136	270	MPQ	MP14	MEDICINE_MP	Roster
1137	330	MPQ	MP17	MDOCMORE	Yes/No
1138	460	MPQ	MP18	MPPRPRAC	Yes/No
1139	580	MPQ	MP25	PRACMORE	Yes/No
1140	590	MPQ	MP26	MPPRMENT	Yes/No
1141	710	MPQ	MP33	MENTMORE	Yes/No
1142	720	MPQ	MP34	MPPRTHER	Yes/No
1143	840	MPQ	MP41	THERMORE	Yes/No



1144	850	MPQ	MP42	MPPRPERS	Yes/No
1145	970	MPQ	MP49	PERSMORE	Yes/No
1146	980	MPQ	MP50	MPPRPLAC	Yes/No
1147	1080	MPQ	MP56	MPPRMORE	Yes/No
1148	10	NSQ	NS1	NSINT	No Entry
1149	30	NSQ	NS2	NSEXMCMAIL	Code 1
1150	40	NSQ	NS3	EVERRVB	Verbatim Text
1151	50	NSQ	NS4	NSRECDSTAT	Code 1
1152	70	NSQ	NS5	TOTALCHG	Dollar

1153	90	NSQ	NS6	TOTALCHG	Dollar
1154	110	NSQ	NS7	MONTHCOV	Numeric
1155	110	NSQ	NS7	MONCOV96	Numeric
1156	120	NSQ	NS8	NUMLINKS	Numeric
1157	130	NSQ	NS9	RVLINKS	Numeric
1158	150	NSQ	NS10	INCOTHER	Code 1
1159	290	NSQ	NS12	INCTYPE	Code All
1160	310	NSQ	NS13	PROVIDER_NSDATE	Roster
1161	312	NSQ	NS14	NSDATEUPD	Code 1
1162	314	NSQ	NS15	EVENT_NSDATEDIT	Roster
1163	320	NSQ	NS16	EVENT_NSDATEADD	Roster
1164	380	NSQ	NS17	NSDATEINTRO	No Entry
1165	420	NSQ	NS18	PROVSPEC	Code 1
1166	420	NSQ	NS18	PROVSPOS	Code 1
1167	440	NSQ	NS19	VAPLACE	Yes/No
1168	470	NSQ	NS20	HMOASSOC	Yes/No

1169	480	NSQ	NS21	HMOREFER	Yes/No
1170	489	NSQ	NS22A_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1171	500	NSQ	NS23	MPSDVIS	Yes/No
1172	515	NSQ	NS24	EVENT_NSDATE	Roster
1173	518	NSQ	NS24A	RVLINKS	Numeric
1174	520	NSQ	NS25	NSDATEMTCH	Code 1
1175	525	NSQ	NS26	EVENT_NSDATEDEL	Roster
1176	535	NSQ	NS27	PROVIDER_HH	Roster
1177	555	NSQ	NS30	HHEVNTTYPE	Code 1
1178	560	NSQ	NS31	NSHHINTRO	No Entry
1179	575	NSQ	NS32	NSHHMTCH	Code 1
1180	590	NSQ	NS34	NSOMUPD	Code 1
1181	595	NSQ	NS35	EVENT_NSOMEDIT	Roster
1182	600	NSQ	NS36	NSOMADD	Code 1
1183	612	NSQ	NS37	EVENT_NSOM	Roster
1184	618	NSQ	NS38	MONTHCOV	Numeric
1185	618	NSQ	NS38	MONCOV96	Numeric
1186	625	NSQ	NS38A	NUMLINKS	Numeric
1187	630	NSQ	NS39	NSOMMTCH	Code 1
1188	635	NSQ	NS40	EVENT_NSOMDEL	Roster
1189	650	NSQ	NS41	EVENT_NSPPM	Roster
1190	660	NSQ	NS42	NUMLINKS	Grid
1191	710	NSQ	NS43	NSPPMINTRO	No Entry
1192	730	NSQ	NS44	NSPPMMTCH	Code 1
1193	740	NSQ	NS45	EVENT_NSPPMDEL	Roster
1194	1090	NSQ	NS64	NSTCHGPAID	Code 1
1195	1095	NSQ	NS65	NSADDSOP1	Yes/No
1196	1100	NSQ	NS66	SOP_NS1	Roster
1197	1110	NSQ	NS67	TSOPAMT	Grid

1198	1116	NSQ	NS67HE	PAYMHE	No Entry
1199	1145	NSQ	NS67BINT	PLANINTRO_NS	No Entry
1200	1146	NSQ	NS67B_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1201	1151	NSQ	NS68	NSMHMOCHNG1	Yes/No
1202	1152	NSQ	NS69	NSSOPCURR1	Yes/No
1203	1153	NSQ	NS69A	NSMPDPCHNG	Yes/No
1204	1154	NSQ	NS69B	NSSOPCURR2	Yes/No
1205	1170	NSQ	NS70	AMTSCORR	Code 1
1206	1190	NSQ	NS71	AMTSCORR	Code 1
1207	1200	NSQ	NS72	ENTERCOM	No Entry
1208	1250	NSQ	NS78	EXPPAYBK	Yes/No
1209	1253	NSQ	NS79	EXPAYOUT	Yes/No
1210	1258	NSQ	NS80	EXPAYUNT	Quantity Unit
1211	1258	NSQ	NS80	EXPAYPCT	Quantity Unit
1212	1258	NSQ	NS80	EXPAYAMT	Quantity Unit
1213	1270	NSQ	NSL1	NSEVSAME	Code 1
1214	1280	NSQ	NSL3	EVENT_PMSAME	Roster
1215	1290	NSQ	NSL4	NUMLINKS	Grid

1216	1295	NSQ	NSL5	EVENT_VISITSAME	Roster
1217	1305	NSQ	NSL6	RVLINKS	Numeric
1218	1335	NSQ	NS81	NSTATEMENT	Yes/No
1219	20	OMQ	OM1	OMPREYEG	Yes/No
1220	30	OMQ	OM2	EVENT_OMEYEG	Roster
1221	45	OMQ	OM2_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1222	50	OMQ	OM2A	OMSATHMO	Yes/No
1223	60	OMQ	OM3	OMPRHEAR	Yes/No
1224	70	OMQ	OM4	EVENT_OMHEAR	Roster
1225	85	OMQ	OM4_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator

1226	90	OMQ	OM4A	OMSATHMO	Yes/No
1227	105	OMQ	OMS5INTR	ORTHINTRO	No Entry
1228	110	OMQ	OMS5	RENTSTIL	Code 1
1229	120	OMQ	OM5	OMPRORTH	Yes/No
1230	130	OMQ	OM6	ORTHTYPE	Code 1
1231	130	OMQ	OM6	EVOSTEXT	Code 1
1232	140	OMQ	OM6A	RENTPROB	Code 1
1233	170	OMQ	OM7	EVENT_OMORTH	Roster
1234	190	OMQ	OM7AA	OMSATHMO	Yes/No
1235	210	OMQ	OM7A	EVENT_OMORTHRE NT	Roster
1236	220	OMQ	OM7B	RENTSTIL	Yes/No

1237	250	OMQ	OM7C	EVENDDMM	Date
1238	250	OMQ	OM7C	EVENDDD	Date
1239	250	OMQ	OM7C	EVENDDYY	Date
1240	270	OMQ	OM7CC	RENT2BUY	Code 1
1241	280	OMQ	OM7CCVB	REN2BVB	Verbatim Text
1242	310	OMQ	OM7D	OMSATHMO	Yes/No
1243	330	OMQ	OM8	MOREORTH	Yes/No
1244	340	OMQ	OM9	OMPRDIAB	Yes/No
1245	350	OMQ	OM10	EVENT_OMDIAB	Roster
1246	365	OMQ	OM10_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1247	370	OMQ	OM10A	OMSATHMO	Yes/No
1248	380	OMQ	OM11	OMPRAMBL	Yes/No

1249	390	OMQ	OM12	EVENT_OMAMBL	Roster
1250	405	OMQ	OM12_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1251	410	OMQ	OM12A	OMSATHMO	Yes/No
1252	420	OMQ	OM13	OMPRPROS	Yes/No
1253	430	OMQ	OM14	EVENT_OMPROS	Roster
1254	450	OMQ	OM14A	OMSATHMO	Yes/No
1255	475	OMQ	OMS19INT R	OXGNINTRO	No Entry
1256	476	OMQ	OMS19_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1257	480	OMQ	OMS19	RENTSTIL	Code 1
1258	490	OMQ	OM19	OMPROXGN	Yes/No
1259	500	OMQ	OM19A	OXGNTYPE	Code 1
1260	510	OMQ	OM19B	RENTPROB	Code 1



1261	540	OMQ	OM20	EVENT_OMOXGN	Roster
1262	555	OMQ	OM20_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1263	560	OMQ	OM20AA	OMSATHMO	Yes/No
1264	580	OMQ	OM20A	EVENT_OMOXGNRE NT	Roster
1265	590	OMQ	OM20B	RENTSTIL	Yes/No
1266	620	OMQ	OM20C	EVENDDMM	Date
1267	620	OMQ	OM20C	EVENDDD	Date
1268	620	OMQ	OM20C	EVENDDYY	Date
1269	640	OMQ	OM20CC	RENT2BUY	Code 1
1270	650	OMQ	OM20CCV B	REN2BVB	Verbatim Text
1271	680	OMQ	OM20D1	OMSATHMO	Yes/No
1272	710	OMQ	OM20D	MOREOXGN	Yes/No
1273	735	OMQ	OMS21INT R	KDNYINTRO	No Entry

1274	736	OMQ	OMS21_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1275	740	OMQ	OMS21	RENTSTIL	Code 1
1276	750	OMQ	OM21	OMPRKDNY	Yes/No
1277	760	OMQ	OM21A	KDNYTYPE	Code 1
1278	770	OMQ	OM21B	RENTPROB	Code 1
1279	800	OMQ	OM22	EVENT_OMKDNY	Roster
1280	815	OMQ	OM22_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1281	820	OMQ	OM22AA	OMSATHMO	Yes/No
1282	840	OMQ	OM22A	EVENT_OMKDNYRE NT	Roster
1283	850	OMQ	OM22B	RENTSTIL	Yes/No
1284	880	OMQ	OM22C	EVENDDMM	Date
1285	880	OMQ	OM22C	EVENDDD	Date
1286	880	OMQ	OM22C	EVENDDYY	Date
1287	900	OMQ	OM22CC	RENT2BUY	Code 1
1288	910	OMQ	OM22CCV B	REN2BVB	Verbatim Text

1289	940	OMQ	OM22D1	OMSATHMO	Yes/No
1290	970	OMQ	OM22D	MOREKDNY	Yes/No
1291	995	OMQ	OMS23INT R	OTHRINTRO	No Entry
1292	996	OMQ	OMS23_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1293	1000	OMQ	OMS23	RENTSTIL	Code 1
1294	1010	OMQ	OM23	OMPROTHR	Yes/No
1295	1020	OMQ	OM24	OTHRTYPE	Code 1
1296	1020	OMQ	OM24	EVOSTEXT	Code 1
1297	1030	OMQ	OM24A	RENTPROB	Code 1
1298	1060	OMQ	OM25	GETNUM	Numeric

1299	1070	OMQ	OM26	EVENT_OMOTHR	Roster
1300	1085	OMQ	OM26_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1301	1090	OMQ	OM26AA	OMSATHMO	Yes/No
1302	1110	OMQ	OM26A	EVENT_OMOTHRRE NT	Roster
1303	1120	OMQ	OM26A1	RENTSTIL	Yes/No
1304	1150	OMQ	OM26B	EVENDDMM	Date
1305	1150	OMQ	OM26B	EVENDDDD	Date
1306	1150	OMQ	OM26B	EVENDDYY	Date
1307	1170	OMQ	OM26BB	RENT2BUY	Code 1
1308	1180	OMQ	OM26BBV B	REN2BVB	Verbatim Text
1309	1210	OMQ	OM26C	OMSATHMO	Yes/No
1310	1230	OMQ	OM27	MOREOTHR	Yes/No

1311	1243	OMQ	OMS28INT R	ALTRINTRO	No Entry
1312	1245	OMQ	OMS28	EVBEGMM	Date
1313	1245	OMQ	OMS28	EVBEGDD	Date
1314	1245	OMQ	OMS28	EVBEGYY	Date
1315	1245	OMQ	OMS28	OMNOTDONE	Date
1316	1250	OMQ	OM28	OMPALTR	Yes/No
1317	1260	OMQ	OM29	ALTRTYPE	Code 1
1318	1260	OMQ	OM29	EVOSTEXT	Code 1
1319	1270	OMQ	OM30	EVBEGMM	Date
1320	1270	OMQ	OM30	EVBEGDD	Date
1321	1270	OMQ	OM30	EVBEGYY	Date

1322	1270	OMQ	OM30	OMNOTDONE	Date
1323	1280	OMQ	OM31	MOREALTR	Yes/No
1324	20	OPQ	OP1	OPPROBE	Yes/No
1325	30	OPQ	OP2	PROVIDER_OP	Roster
1326	50	OPQ	OP3	VAPLACE	Yes/No
1327	70	OPQ	OP3A	HMOASSOC	Yes/No
1328	80	OPQ	OP3B	HMOREFER	Yes/No
1329	110	OPQ	OP4	EVENT_OP	Roster
1330	115	OPQ	OP4_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1331	120	OPQ	OP5	ANYOPERS	Yes/No
1332	160	OPQ	OP8	SPECCOND	Yes/No
1333	190	OPQ	OP10	PRESMDCN	Yes/No
1334	200	OPQ	OP11	PRESFILL	Yes/No

1335	220	OPQ	OP11A	OPPMEDS	No Entry
1336	230	OPQ	OP12	MEDICINE_OP	Roster
1337	290	OPQ	OP15	OPMORE	Yes/No
1338	20	PAQ	PAINTRO	PAINTRO	No Entry
1339	30	PAQ	PA1	PANECESS	Code 1
1340	40	PAQ	PA2	PASIDEX	Code 1
1341	50	PAQ	PA3	PAINSTRC	Code 1
1342	60	PAQ	PA4	PAMEDREC	Code 1
1343	70	PAQ	PA5	PACHGDRS	Code 1

1344	80	PAQ	PA6	PADISAGR	Code 1
1345	100	PAQ	PA9	PAHCONDS	Code 1
1346	110	PAQ	PA10	PARXINFO	Code 1
1347	120	PAQ	PA11	PADRQUEX	Code 1
1348	130	PAQ	PA12	PAANSWR	Code 1
1349	140	PAQ	PA13	PALISTRX	Code 1
1350	150	PAQ	PA14	PATRSLT	Code 1
1351	160	PAQ	PA15	PAOPTION	Code 1
1352	170	PAQ	PA16	PADRLISN	Code 1
1353	180	PAQ	PA20	PADREXPL	Code 1



1354	190	PAQ	PA21	PADVICE	Code 1
1355	10	PMQ	PMINTROA	PMINTA	No Entry
1356	20	PMQ	PM1	PMFILLED	Yes/No
1357	40	PMQ	PM1A	PM1PMMEDS	No Entry
1358	50	PMQ	PM2	MEDICINE_PM1	Roster
1359	60	PMQ	PM3	PMREFILL	Yes/No
1360	80	PMQ	PM3A	PM2PMMEDS	No Entry
1361	90	PMQ	PM4	MEDICINE_PM2	Roster
1362	100	PMQ	PM5	PMDRPHON	Yes/No

1363	120	PMQ	PM5A	PM3PMMEDS	No Entry
1364	125	PMQ	PM6	MEDICINE_PM3	Roster
1365	135	PMQ	PM6A	GETNUM	Grid
1366	155	PMQ	PM6A_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1367	170	PMQ	PM6A1	PMSATVA	Yes/No
1368	180	PMQ	PM6AB	RXNOFILL	List
1369	180	PMQ	PM6AB	RXDELAY	List
1370	180	PMQ	PM6AB	RXSKIP	List

1371	180	PMQ	PM6AB	RXDOSE	List
1372	190	PMQ	PM6B	PMSATHMO	Yes/No
1373	200	PMQ	PMINTROB	PMINTB	No Entry
1374	230	PMQ	PM8	PMBOTTLE	Code 1
1375	245	PMQ	PM8AA	SAMEFSAM	Yes/No
1376	250	PMQ	PM8A	SAMEFORM	Yes/No
1377	280	PMQ	PMINTROC	PMINTC	No Entry
1378	290	PMQ	PM9	PMFORM	Code 1
1379	290	PMQ	PM9	PMFORMOS	Code 1
1380	300	PMQ	PM9A	SAMESTRN	Yes/No
1381	320	PMQ	PM10	STRNUNIT	Quantity Unit

1382	320	PMQ	PM10	STRNUNOS	Quantity Unit
1383	320	PMQ	PM10	STRNNUM	Quantity Unit
1384	320	PMQ	PM10	STRNPER	Quantity Unit
1385	320	PMQ	PM10	STRNUNIT96	Quantity Unit
1386	324	PMQ	PM10B	STRNUNI2	Quantity Unit
1387	324	PMQ	PM10B	STRNUNO2	Quantity Unit
1388	324	PMQ	PM10B	STRNNUM2	Quantity Unit
1389	324	PMQ	PM10B	STRNPER2	Quantity Unit
1390	340	PMQ	PM11	TABNUM	Numeric
1391	360	PMQ	PM12	TABSADAY	Numeric
1392	360	PMQ	PM12	TABSADAY95	Numeric
1393	370	PMQ	PM13	TABTAKE	Numeric
1394	370	PMQ	PM13	TABTAKE96	Numeric
1395	380	PMQ	PM14	TAKEUNIT	Quantity Unit
1396	380	PMQ	PM14	TAKENUM	Quantity Unit
1397	400	PMQ	PM15A	SAMEAMNT	Yes/No
1398	410	PMQ	PM16	AMTUNIT	Quantity Unit
1399	410	PMQ	PM16	AMTUNOS	Quantity Unit
1400	410	PMQ	PM16	AMTNUM	Quantity Unit
1401	425	PMQ	PM16A1	NOFILLED	Code 1
1402	430	PMQ	PM16A	DELAYFIL	Code 1

1403	440	PMQ	PM16B	SKIPDOSE	Code 1
1404	450	PMQ	PM16C	CUTDOSE	Code 1
1405	470	PMQ	PM17	PMMORE	Yes/No
1406	20	PMS	PMSINTRA	PMSINTA	No Entry
1407	30	PMS	PMSINTRB	PMSUPDATE	Code 1
1408	40	PMS	PMS2	MEDICINE_PMSADD	Roster
1409	60	PMS	PMS3	MEDICINE_PMSEDIT	Roster
1410	70	PMS	PMS4	MEDICINE_PMSDEL	Roster
1411	80	PMS	PMS6A	ETE GETNUM	Grid
1412	95	PMS	PMS6A_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1413	110	PMS	PMS6A1	PMSATVA	Yes/No

1414	140	PMS	PMS6B	PMSATHMO	Yes/No
1415	160	PMS	PMSINTB1	PMSINTB	No Entry
1416	190	PMS	PMS8	PMBOTTLE	Yes/No
1417	200	PMS	PMSINTRC	PMSINTC	No Entry
1418	210	PMS	PMS9	PMFORM	Code 1
1419	210	PMS	PMS9	PMFORMOS	Code 1
1420	220	PMS	PMS10	STRNUNIT	Quantity Unit
1421	220	PMS	PMS10	STRNUNOS	Quantity Unit
1422	220	PMS	PMS10	STRNNUM	Quantity Unit
1423	220	PMS	PMS10	STRNPER	Quantity Unit
1424	220	PMS	PMS10	STRNUNIT96	Quantity Unit
1425	224	PMS	PMS10B	STRNUNI2	Quantity Unit
1426	224	PMS	PMS10B	STRNUNO2	Quantity Unit
1427	224	PMS	PMS10B	STRNNUM2	Quantity Unit
1428	224	PMS	PMS10B	STRNPER2	Quantity Unit
1429	240	PMS	PMS11	TABNUM	Numeric
1430	260	PMS	PMS12	TABSADAY	Numeric
1431	260	PMS	PMS12	TABSADAY95	Numeric
1432	270	PMS	PMS13	TABTAKE	Numeric
1433	270	PMS	PMS13	TABTAKE96	Numeric
1434	280	PMS	PMS14	TAKEUNIT	Quantity Unit
1435	280	PMS	PMS14	TAKENUM	Quantity Unit

1436	290	PMS	PMS16	AMTUNIT	Quantity Unit
1437	290	PMS	PMS16	AMTUNOS	Quantity Unit
1438	290	PMS	PMS16	AMTNUM	Quantity Unit
1439	40	PSQ	PS1A	HADPYMNT	Yes/No
1440	60	PSQ	PS2	EXPPYMNT	Yes/No
1441	20	RXQ	RX1	PDXHIDEC	Yes/No
1442	30	RXQ	RXPD2	PDEASY	Code 1
1443	40	RXQ	RXPD3	PDKNOW	Code 1
1444	80	RXQ	RXPD8A	PDCOMPPL	Yes/No

1445	90	RXQ	RXPD9	PDCONSDR	Yes/No
1446	110	RXQ	RXPD10	PDMABENS	Yes/No
1447	130	RXQ	RXPD11	PDEVROLL	Yes/No
1448	140	RXQ	RXPD12	PDAUTENR	Yes/No
1449	150	RXQ	RXPD14	PDSWITCH	Code 1
1450	160	RXQ	RXPD15	PDCOMPRES	Yes/No



1451	180	RXQ	RXPD18	PDOPTPRE	List
1452	180	RXQ	RXPD18	PDOPTDUC	List
1453	180	RXQ	RXPD18	PDOPTFOR	List
1454	180	RXQ	RXPD18	PDOPTVEN	List
1455	180	RXQ	RXPD18	PDOPTREC	List

1456	180	RXQ	RXPD18	PDOPTGAP	List
1457	180	RXQ	RXPD18	PDOPTPAY	List
1458	200	RXQ	RXPD18A	PDOPMOST	Code 1
1459	215	RXQ	RXPD18B	PDRECLIS	Yes/No
1460	220	RXQ	RXPD20	PDEXAPLY	Yes/No
1461	230	RXQ	RXPD21	PDEXACCP	Code 1
1462	310	RXQ	RXINTRO	RXINTRO	No Entry

1463	317	RXQ	RXPD23A	PDSATSFY	Code 1
1464	320	RXQ	RX2	PDCONFID	Code 1
1465	330	RXQ	RX3	RXUSEPLN	Yes/No
1466	340	RXQ	RX4	RXCOSTLY	Code 1
1467	350	RXQ	RX5	RXAMNTLY	Code 1
1468	370	RXQ	RX7	PDNOCVG	Yes/No
1469	380	RXQ	RX8	RXCHGMED	Yes/No
1470	390	RXQ	RX9	RXSWTCH	Yes/No

1471	470	RXQ	RX16	RXPARTIC	Code 1
1472	480	RXQ	RX17	PDRXRATE	Code 1
1473	490	RXQ	RX18	PDNOUSE	Code All
1474	490	RXQ	RX18	PDNOOTHOS	Code All
1475	500	RXQ	RX19	PDNTENR	Code All
1476	500	RXQ	RX19	PDNTOTHOS	Code All
1477	20	SCQ	SC1	MCQUALTY	Code 1
1478	30	SCQ	SC2	MCAVAIL	Code 1
1479	40	SCQ	SC3	MCEASE	Code 1
1480	50	SCQ	SC4	MCCOSTS	Code 1
1481	60	SCQ	SC5	MCINFO	Code 1

1482	70	SCQ	SC6	MCFOLUP	Code 1
1483	80	SCQ	SC7	MCCONCRN	Code 1
1484	90	SCQ	SC8	MCSAMLOC	Code 1
1485	100	SCQ	SC8A	MCSPECAR	Code 1
1486	110	SCQ	SC8B	MCTELANS	Code 1
1487	112	SCQ	SC8C	MCAMTPAY	Code 1
1488	116	SCQ	SC8D	MCDRGLST	Code 1
1489	118	SCQ	SC8E	MCFNDPCY	Code 1
1490	119	SCQ	SC8F	MCRECPLN	Code 1

1491	130	SCQ	SC8G	DHEVHEAR	Yes/No
1492	136	SCQ	SC8I	DHPLAN	Yes/No
1493	142	SCQ	SC8L	DHTHISYR	Yes/No
1494	144	SCQ	SC8M	DHSTART	Code 1
1495	144	SCQ	SC8M	DHSTAROS	Code 1
1496	146	SCQ	SC8N	DHEND	Yes/No

1497	148	SCQ	SC80	DHWORRY	Code 1
1498	160	SCQ	SC9	MDISSFY	Verbatim Text
1499	160	SCQ	SC9	MCDISVB	Verbatim Text
1500	170	SCQ	SC10A	MCWORRY	List
1501	170	SCQ	SC10A	MCAVOID	List
1502	170	SCQ	SC10A	MCSICK	List
1503	170	SCQ	SC10A	MCDRSOON	List
1504	180	SCQ	SC11	MCDRNSEE	Yes/No
1505	190	SCQ	SC12AA	TEMPCOND1	Text
1506	190	SCQ	SC12AA	TEMPCOND2	Text
1507	190	SCQ	SC12AA	TEMPCOND3	Text
1508	200	SCQ	SC12A	MCDRATMP	Yes/No

1509	225	SCQ	SC13A	SCRCODES	Code All
1510	225	SCQ	SC13A	SCROTOS	Code All
1511	245	SCQ	SC14A	SCRMAIN	Code 1
1512	250	SCQ	SC15	PMNOTGET	Yes/No
1513	260	SCQ	SC16	TEMPMED1	Text
1514	260	SCQ	SC16	TEMPMED2	Text
1515	260	SCQ	SC16	TEMPMED3	Text
1516	260	SCQ	SC16	TEMPMED4	Text
1517	260	SCQ	SC16	TEMPMED5	Text
1518	270	SCQ	SC17INTR	SCINT2	No Entry
1519	285	SCQ	SC17A	SCPMCODS	Code All
1520	285	SCQ	SC17A	SCPMOTOS	Code All
1521	305	SCQ	SC18A	SCPMMAIN	Code 1
1522	307	SCQ	SC20	GENERRX	List
1523	307	SCQ	SC20	MAILRX	List



1524	307	SCQ	SC20	DOESRX	List
1525	307	SCQ	SC20	SKIPRX	List
1526	307	SCQ	SC20	DELAYRX	List
1527	308	SCQ	SC21	SAMPLERX	List
1528	308	SCQ	SC21	COMPARRX	List
1529	308	SCQ	SC21	NOFILLRX	List
1530	308	SCQ	SC21	SPENTLRX	List
1531	309	SCQ	SC22	CHAINRX	List
1532	309	SCQ	SC22	STOPRX	List
1533	309	SCQ	SC22	CREDRX	List

1534	315	SCQ	SC23	NOINSRX	Code 1
1535	30	STQ	ST1	MHMOSTMT	Code 1
1536	80	STQ	ST2	MCSAVAIL	Yes/No
1537	90	STQ	ST3	STHIREP	No Entry
1538	110	STQ	ST4	MATCHST	No Entry
1539	120	STQ	ST5	ST_CHARGEUNDLE	Roster
1540	135	STQ	ST5A	PDPTYPE	Code 1
1541	150	STQ	ST7	MSNCLNUM	Text
1542	150	STQ	ST7	MSNCLNM2	Text
1543	150	STQ	ST7	MSNCLNM3	Text
1544	150	STQ	ST7	MSNCLNM4	Text
1545	150	STQ	ST7	MSNCLNM5	Text
1546	180	STQ	ST8	MSCLVER1	Text

1547	210	STQ	ST9	WHICHNUM	Code 1
1548	210	STQ	ST9	NEWCLNUM	Code 1
1549	230	STQ	ST10	INCLNUM	Text
1550	250	STQ	ST11	TRICLNUM	Text
1551	270	STQ	ST11B	PDPBEGMM	Date
1552	270	STQ	ST11B	PDPBEGDD	Date
1553	270	STQ	ST11B	PDPBEGYY	Date
1554	270	STQ	ST11B	PDPENDMM	Date
1555	270	STQ	ST11B	PDPENDDD	Date
1556	270	STQ	ST11B	PDPENDYY	Date
1557	290	STQ	ST12	INCTYPE	Code All
1558	310	STQ	ST13	PROVIDER_STDATE	Roster
1559	312	STQ	ST14	STDATEUPD	Code 1
1560	314	STQ	ST15	EVENT_STDATEDIT	Roster
1561	320	STQ	ST16	EVENT_STDATEADD	Roster
1562	380	STQ	ST17	STDATEINTRO	No Entry
1563	420	STQ	ST18	PROVSPEC	Code 1
1564	420	STQ	ST18	PROVSPOS	Code 1
1565	440	STQ	ST19	VAPLACE	Yes/No
1566	470	STQ	ST20	HMOASSOC	Yes/No
1567	480	STQ	ST21	HMOREFER	Yes/No
1568	489	STQ	ST22A_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1569	500	STQ	ST23	MPSDVIS	Yes/No
1570	515	STQ	ST24	EVENT_STDATE	Roster
1571	518	STQ	ST24A	RVLINKS	Numeric
1572	520	STQ	ST25	STDATEMTCH	Code 1
1573	525	STQ	ST26	EVENT_STDATEDEL	Roster
1574	535	STQ	ST27	PROVIDER_STHH	Roster
1575	538	STQ	ST28	COSTBEGM	Numeric
1576	538	STQ	ST28	COSTBEGD	Numeric
1577	538	STQ	ST28	COSTBEGY	Numeric
1578	538	STQ	ST28	COSTENDM	Numeric

1579	538	STQ	ST28	COSTENDD	Numeric
1580	538	STQ	ST28	COSTENDY	Numeric
1581	555	STQ	ST30	HHEVNTTYPE	Code 1
1582	560	STQ	ST31	STHHINTRO	No Entry
1583	575	STQ	ST32	STHHMTCH	Code 1
1584	590	STQ	ST34	STOMUPD	Code 1
1585	595	STQ	ST35	EVENT_STOMEDIT	Roster
1586	600	STQ	ST36	STOMADD	Code 1
1587	612	STQ	ST37	EVENT_STOM	Roster
1588	618	STQ	ST38	MONTHCOV	Numeric
1589	618	STQ	ST38	MONCOV96	Numeric
1590	625	STQ	ST38A	NUMLINKS	Numeric
1591	630	STQ	ST39	STOMMTCH	Code 1
1592	635	STQ	ST40	EVENT_STOMDEL	Roster
1593	650	STQ	ST41	EVENT_STPM	Roster
1594	660	STQ	ST42	NUMLINKS	Grid
1595	710	STQ	ST43	STPMINTRO	No Entry
1596	730	STQ	ST44	STPMMTCH	Code 1
1597	740	STQ	ST45	EVENT_STPMDEL	Roster
1598	790	STQ	ST46	ORPMESSAGE	No Entry
1599	810	STQ	ST47	ASGNTAKE	Code 1
1600	845	STQ	ST47A	TOTALCHG	Dollar
1601	850	STQ	ST48	TOTALCHG	Numeric
1602	850	STQ	ST48	MCAPPAMT	Numeric
1603	850	STQ	ST48	MCPAYAMT	Numeric
1604	870	STQ	ST49	STTCHGPAID1	Code 1
1605	880	STQ	ST50	CHANGAMT	Yes/No
1606	890	STQ	ST51	TOTALCHG	Numeric
1607	890	STQ	ST51	MCAPPAMT	Numeric
1608	890	STQ	ST51	MCPAYAMT	Numeric
1609	910	STQ	ST52	TOTALCHG	Numeric
1610	910	STQ	ST52	MCAPPAMT	Numeric
1611	910	STQ	ST52	MCPAYAMT	Numeric
1612	910	STQ	ST52	MAYBBILL	Numeric

1613	930	STQ	ST53	STTCHGPAID1	Code 1
1614	940	STQ	ST54	CHANGAMT	Yes/No
1615	950	STQ	ST55	TOTALCHG	Numeric
1616	950	STQ	ST55	MCAPPAMT	Numeric
1617	950	STQ	ST55	MCPAYAMT	Numeric
1618	950	STQ	ST55	MAYBBILL	Numeric
1619	970	STQ	ST56	DAYSUSED	Numeric
1620	970	STQ	ST56	NONCOVRD	Numeric
1621	970	STQ	ST56	COINSUR	Numeric
1622	970	STQ	ST56	MAYBBILL	Numeric
1623	990	STQ	ST57	STTCHGPAID1	Code 1
1624	1000	STQ	ST58	CHANGAMT	Yes/No
1625	1010	STQ	ST59	DAYSUSED	Numeric
1626	1010	STQ	ST59	NONCOVRD	Numeric
1627	1010	STQ	ST59	COINSUR	Numeric
1628	1010	STQ	ST59	MAYBBILL	Numeric
1629	1030	STQ	ST60	TOTALCHG	Numeric
1630	1030	STQ	ST60	NONCOVRD	Numeric
1631	1030	STQ	ST60	COINSUR	Numeric
1632	1030	STQ	ST60	MAYBBILL	Numeric
1633	1050	STQ	ST61	STTCHGPAID1	Code 1
1634	1060	STQ	ST62	CHANGAMT	Yes/No
1635	1070	STQ	ST63	TOTALCHG	Numeric
1636	1070	STQ	ST63	NONCOVRD	Numeric
1637	1070	STQ	ST63	COINSUR	Numeric
1638	1070	STQ	ST63	MAYBBILL	Numeric
1639	1088	STQ	ST64	STTCHGPAID2	Code 1
1640	1095	STQ	ST65	STADDSOP1	Yes/No
1641	1100	STQ	ST66	SOP_ST1	Roster
1642	1110	STQ	ST67	TSOPAMT	Grid

1643	1117	STQ	ST67HE	PAYMHE	No Entry
1644	1127	STQ	ST67BINT	PLANINTRO	No Entry
1645	1129	STQ	ST67B_IN	NAVIGATOR	Instance Navigator
1646	1135	STQ	ST68	STMHMOCHNG1	Yes/No
1647	1137	STQ	ST69	STSOPCURR1	Yes/No
1648	1153	STQ	ST69A	STMPDPCHNG	Yes/No
1649	1154	STQ	ST69B	STSOPCURR2	Yes/No
1650	1170	STQ	ST70	AMTSCORR	Code 1
1651	1190	STQ	ST71	AMTSCORR	Code 1
1652	1200	STQ	ST72	ENTERCOM	No Entry
1653	1210	STQ	ST73	AMTSCORR	Yes/No
1654	1220	STQ	ST74	INFOEXPLAIN	Yes/No
1655	1230	STQ	ST75	ENTERCOM2	No Entry
1656	1250	STQ	ST78	EXPPAYBK	Yes/No
1657	1253	STQ	ST79	EXPAYOUT	Yes/No
1658	1258	STQ	ST80	EXPAYUNT	Quantity Unit
1659	1258	STQ	ST80	EXPAYPCT	Quantity Unit
1660	1258	STQ	ST80	EXPAYAMT	Quantity Unit
1661	1290	STQ	ST81	ABUNDLE	Yes/No

1662	1300	STQ	ST82	ASTATEMENT	Yes/No
1663	20	USQ	US1	PLACEPAR	Yes/No
1664	30	USQ	US2	PLACEKND	Code 1
1665	30	USQ	US2	PLACEOS	Code 1
1666	50	USQ	US2A	PLACEMCP	Yes/No
1667	70	USQ	US3A	CLNAME	Text
1668	80	USQ	US4	USUALDOC	Yes/No
1669	90	USQ	US5A	MDNAME	Text
1670	100	USQ	US6A	MDSPEC	Code 1
1671	100	USQ	US6A	MDSPECOS	Code 1
1672	130	USQ	US8	GETUSHOW	Code 1
1673	130	USQ	US8	GETUSOS	Code 1
1674	140	USQ	US9	GETUSUNT	Quantity Unit Hybrid

1675	140	USQ	US9	GETUSHRS	Quantity Unit Hybrid
1676	140	USQ	US9	GETUSMIN	Quantity Unit Hybrid
1677	150	USQ	US10	ACCOMPUS	Yes/No
1678	160	USQ	US11	PERSON_USUALGO	Roster
1679	170	USQ	US11A1	PERSWITH	Code 1
1680	180	USQ	US11AA	ACCREAS	Code All
1681	180	USQ	US11AA	ACCOTHOS	Code All
1682	230	USQ	US15	USHOWLNG	Code 1
1683	250	USQ	US17	PREVMEDC	Yes/No
1684	380	USQ	US27	USCKEVRV	List
1685	380	USQ	US27	USCOMPET	List



1686 380 USQ US27 USUNHIST List

1687 380 USQ US27 USUNWRNG List

1688 380 USQ US27 USHURRY List

1689 390 USQ US32 USEXPPRB List

1690	390	USQ	US32	USDISCUS	List
------	-----	-----	------	----------	------

1691	390	USQ	US32	USFAVOR	List
------	-----	-----	------	---------	------

1692	390	USQ	US32	USTELALL	List
------	-----	-----	------	----------	------

1693	390	USQ	US32	USANSQUX	List
------	-----	-----	------	----------	------

1694	400	USQ	US37	USCONFID	List
1695	400	USQ	US37	USDEPEND	List
1696	430	USQ	US39	NUSNOTSK	List
1697	430	USQ	US39	NUSMOVIN	List
1698	430	USQ	US39	NUSAVAIL	List
1699	440	USQ	US42	USWHYNAV	Code 1
1700	440	USQ	US42	USWHYNO1	Code 1

1701	450	USQ	US43	NUSDIFFP	List
1702	450	USQ	US43	NUSTOOFR	List
1703	450	USQ	US43	NUSTOOEX	List
1704	470	USQ	US44	ACOGTCAR	Yes/No
1705	480	USQ	US45INT	US45INTR	No Entry
1706	490	USQ	US45	ACONDHLP	Yes/No

1707	500	USQ	US46	ACOHCTLK	Yes/No
------	-----	-----	------	----------	--------

1708	510	USQ	US47	ACOGTHLP	Yes/No
------	-----	-----	------	----------	--------

**Spanish Page Text**

Las siguientes preguntas son sobre servicios de cuidado de salud que usted puede haber usado desde el (REFERENCE DATE).

Desde el (REFERENCE DATE ), ¿fue usted a la sala de emergencia de un hospital?

Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la sala de emergencias de un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita antes de ver un médico o algún otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la sala de emergencias de un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita antes de ver un médico o algún otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la sala de emergencias de un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita antes de ver un médico o algún otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

¿Fue admitido(a) usted al hospital desde la sala de emergencia?

Desde (REFERENCE DATE), ¿fue usted a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital?

Tengo unas pocas preguntas más acerca de las visitas que usted ha tenido en el pasado. Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital. ¿Cuál fue la razón por la cual usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

Tengo unas pocas preguntas más acerca de las visitas que usted ha tenido en el pasado. Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital. ¿Cuál fue la razón por la cual usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Fue eso por una afección o enfermedad específica?

**Spanish Item Text****English Flag**

¿Tenía una cita para esa visita a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios del hospital, o usted fue sin hacer cita?

Nos interesa saber cómo se hizo la cita para la consulta en el hospital o en el servicio de consulta externa que acaba de mencionar. ¿Hizo alguien esta cita durante una consulta anterior, o se comunicó [usted/(SP)] con el hospital o el servicio de consulta externa para hacer la cita?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita - más o menos cuantos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita - más o menos cuantos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita - más o menos cuantos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita - más o menos cuantos días, semanas, o meses?

[Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital. ] ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

[Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital. ] ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

[Piense acerca de la vez más reciente en que usted fue a la clínica o departamento de pacientes externos o ambulatorios de un hospital. ] ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

¿Ha sido usted alguna vez residente o paciente en una casa para el cuidado de enfermos y ancianos o en un lugar similar?

¿Cuándo fue la última vez que usted fue residente o paciente de una casa para el cuidado de enfermos y ancianos o un lugar similar?

¿Cuándo fue la última vez que usted fue residente o paciente de una casa para el cuidado de enfermos y ancianos o un lugar similar?

A continuación, quiero preguntarle sobre sus visitas a médicos desde (REFERENCE DATE). ¿Ha visto usted un médico desde (REFERENCE DATE)? Por favor no incluya médicos que haya visto en el hogar, en una sala de emergencia, departamento de pacientes externos o ambulatorios, o mientras era un paciente interno en un hospital.

Tengo unas preguntas más sobre las visitas que usted ha tenido en el pasado. Piense acerca de la vez más reciente en que usted vio un médico en algún lugar distinto al hogar u hospital. ¿Cuál era la especialidad del médico?

Tengo unas preguntas más sobre las visitas que usted ha tenido en el pasado. Piense acerca de la vez más reciente en que usted vio un médico en algún lugar distinto al hogar u hospital. ¿Cuál era la especialidad del médico?

¿Cuál fue la razón por la cual usted vio al médico? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Cuál fue la razón por la cual usted vio al médico? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Fue por una afección o enfermedad específica?

¿Tenía una cita para esa visita con el médico, o usted fue sin hacer cita?

Nos interesa saber cómo se hizo la cita para la consulta con el médico que acaba de mencionar. ¿Hizo alguien esta cita durante una consulta anterior, o se comunicó [usted/(SP)] con el consultorio para hacer la cita?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita con el médico - más o menos cuántos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita con el médico - más o menos cuántos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita con el médico - más o menos cuántos días, semanas, o meses?

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted para la cita con el médico - más o menos cuántos días, semanas, o meses?



Piense acerca de la vez más reciente en que usted vio un médico en un lugar distinto al hogar o un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

Piense acerca de la vez más reciente en que usted vio un médico en un lugar distinto al hogar o un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

Piense acerca de la vez más reciente en que usted vio un médico en un lugar distinto al hogar o un hospital. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted durante su visita más reciente antes de ver un médico u otro personal médico? Por favor incluya el tiempo que pasó en la sala de espera y en la sala de examen.

Las siguientes preguntas son sobre los servicios de salud que usted recibió a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME). Mientras ha sido miembro de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), ¿ha tenido dificultad para que le refirieran a los servicios de un especialista u otro personal de salud dentro de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) que usted creyó que eran necesarios?

¿Qué tipo de especialista o personal médico era este?

¿Qué tipo de especialista o personal médico era este?

¿Qué tipo de dificultad tuvo usted? [PROBE: ¿Alguna otra dificultad?]

¿Qué tipo de dificultad tuvo usted? [PROBE: ¿Alguna otra dificultad?]

¿Ha rehusado alguna vez (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) pagar tratamiento de emergencia que usted creía que era necesario?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

A continuación, quisiera verificar la dirección de su casa. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

USE ENGLISH TEXT

1

A continuación, quisiera verificar su(s) número(s) de teléfono. Lo(s) tengo anotado(s) como [READ PHONE NUMBER(S) LISTED BELOW]. ¿Está(n) correcto(s)?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

También quisiera verificar su dirección de correo. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Es ésta su dirección de correo correcta?

¿Cuál es su dirección de correo?

¿Cuál es su dirección de correo?

¿Cuál es su dirección?

¿Cuál es su dirección?

¿Cuál es su dirección?

¿Cuál es su dirección?

¿Cuál es su dirección?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número de teléfono es ese?]

Quisiera verificar su dirección. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

A continuación, quisiera verificar su(s) número(s) de teléfono. Lo(s) tengo anotado(s) como [READ PHONE NUMBER(S) LISTED BELOW]. ¿Está(n) correcto(s)?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Cuál es su número de teléfono?

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número es ese?]

¿Tiene un segundo número de teléfono? [PROBE: ¿Qué número es ese?]

Como usted tal vez sepa, la Encuesta de Beneficiarios Actuales de Medicare incluye otra entrevista. La próxima entrevista será parecida a la que hicimos hoy. Le llamaremos dentro de 4 meses aproximadamente para hacer una cita a una hora conveniente para la próxima entrevista. ¿Es (PREVIOUS BEST PHONE NUMBER FOR NEXT INTERVIEW) el mejor número de teléfono para llamar y hacer una cita para la próxima entrevista?

Como usted tal vez sepa, la Encuesta de Beneficiarios Actuales de Medicare incluye otra entrevista. La próxima entrevista será parecida a la que hicimos hoy. Le llamaremos dentro de 4 meses aproximadamente para hacer una cita a una hora conveniente para la próxima entrevista. ¿Hay un número de teléfono al cual se pueda llamar para hacer la cita para la próxima entrevista?

¿Cuál es el mejor número para llamar para hacer una cita para la próxima entrevista?

¿Cuál es el mejor número para llamar para hacer una cita para la próxima entrevista?

¿Cuál es el mejor número para llamar para hacer una cita para la próxima entrevista?

¿Y dónde está ubicado ese teléfono?

¿Y dónde está ubicado ese teléfono?

¿Cuál es el nombre de este(a) (CL12 RESPONSE)?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

Durante nuestra última entrevista anotamos el nombre y la dirección de [READ NAME(S) BELOW], quién podría saber dónde comunicarse con usted en caso de que tuviéramos problema para coordinar la próxima entrevista.

Quisiera verificar la dirección de (FIRST CONTACT NAME). La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

A continuación, quisiera verificar el/los número(s) de teléfono de (FIRST CONTACT NAME). Lo(s) tengo anotado(s) como [READ PHONE NUMBER(S) LISTED BELOW]. ¿Está(n) correcto(s)?

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (FIRST CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado el segundo número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado el segundo número de teléfono?

(Aparte de usted, por favor/Por favor) deme el nombre, la dirección y el número de teléfono de un pariente o amigo cercano que sepa dónde podría estar usted en caso de que tuviéramos problema para coordinar la próxima entrevista. Por favor, deme el nombre de alguien que no esté viviendo con usted.

[Por favor deme el nombre de un pariente o amigo cercano que sepa dónde podría estar usted. Por favor, deme el nombre de alguien que no esté viviendo con usted.]

Por favor deme una dirección para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme una dirección para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme una dirección para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme una dirección para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme una dirección para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

Por favor deme un número de teléfono para comunicarme con (FIRST CONTACT NAME)

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FIRST CONTACT NAME)? [PROBE:

¿Cuál es ese número de teléfono?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FIRST CONTACT NAME)? [PROBE: ¿Cuál es ese número de teléfono?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FIRST CONTACT NAME)? [PROBE: ¿Cuál es ese número de teléfono?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FIRST CONTACT NAME)? [PROBE: ¿Cuál es ese número de teléfono?]

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese segundo número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese segundo número de teléfono?

Usted también dio el nombre de [READ NAME BELOW] como el de alguien que posiblemente sepa dónde podríamos comunicarnos con usted en caso de que tuviéramos problema para coordinar la próxima entrevista. ¿Es correcto?

Quisiera verificar la dirección de (SECOND CONTACT NAME). La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW].

¿Está correcta?

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

A continuación quisiera verificar el/los número(s) de teléfono de (SECOND CONTACT NAME). Lo(s) tengo anotado(s) como [READ PHONE NUMBER(S) LISTED BELOW].

¿Está(n) correcto(s)?

Por favor deme un número un teléfono para comunicarme con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número un teléfono para comunicarme con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número un teléfono para comunicarme con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número un teléfono para comunicarme con (SECOND CONTACT NAME).

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado ese número de teléfono?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado el segundo número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado el segundo número de teléfono?

(Aparte de usted, por favor/Por favor) deme el nombre, la dirección y el número de teléfono de otro pariente o amigo cercano que sepa dónde podría estar usted en caso de que tuviéramos problema para coordinar la próxima entrevista. Nuevamente, por favor deme el nombre de alguien que no esté viviendo con usted.

Por favor deme el nombre, de otro pariente o amigo cercano que sepa dónde podría estar usted. Nuevamente, por favor deme el nombre de alguien que no esté viviendo con usted.

Por favor deme una dirección para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme una dirección para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme una dirección para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme una dirección para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme una dirección para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

Por favor deme un número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME).

¿Bajo qué nombre es probable que esté ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté ese número de teléfono?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Hay un segundo número de teléfono para comunicarse con (SECOND CONTACT NAME)? ¿Qué número es ese?

¿Bajo qué nombre es probable que esté el segundo número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté el segundo número de teléfono?

¿Pasa usted más de un mes fuera, durante el año, en otro hogar distinto a su hogar principal?

Por favor deme la dirección de ese lugar.

Por favor deme la dirección de ese lugar.

Por favor deme la dirección de ese lugar.

Por favor deme la dirección de ese lugar.

Por favor deme la dirección de ese lugar.

Por favor deme el número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme el número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme el número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme el número de teléfono de ese lugar.

Quisiera verificar la dirección de ese lugar donde usted pasa alguna parte del año. La tengo anotada como [READ ADDRESS LISTED BELOW]. ¿Está correcta?

¿Cuál es la dirección correcta de ese lugar?

¿Cuál es la dirección correcta de ese lugar?

¿Cuál es la dirección correcta de ese lugar?

¿Cuál es la dirección correcta de ese lugar?

¿Cuál es la dirección correcta de ese lugar?

Quisiera verificar el número de teléfono de ese lugar donde usted pasa alguna parte del año.

Por favor deme un número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme un número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme un número de teléfono de ese lugar.

Por favor deme un número de teléfono de ese lugar.



Durante las entrevistas que nos quedan por hacer, continuaremos recolectando información acerca de las visitas de cuidado de salud y de los costos de todo el cuidado de salud que usted posiblemente reciba. Si por algún motivo usted no pudiese hacer la entrevista, por favor deme el nombre de alguien que pudiese proporcionar esta información por usted.

Por favor, deme el nombre de alguien que pudiese proporcionar esta información por usted.

Por favor, deme una dirección para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme una dirección para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme una dirección para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme una dirección para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme una dirección para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme un número de teléfono para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme un número de teléfono para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme un número de teléfono para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

Por favor, deme un número de teléfono para comunicarme con (FUTURE PROXY NAME).

¿Bajo qué nombre es probable que esté ese número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté ese número de teléfono?

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FUTURE PROXY NAME)? [PROBE:

¿Qué número es ese?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FUTURE PROXY NAME)? [PROBE:

¿Qué número es ese?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FUTURE PROXY NAME)? [PROBE:

¿Qué número es ese?]

¿Hay un segundo número de teléfono en el cual nos podamos comunicar con (FUTURE PROXY NAME)? [PROBE:

¿Qué número es ese?]

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado (el segundo/ése) número de teléfono?

¿Bajo qué nombre es probable que esté publicado (el segundo/ése) número de teléfono?

Quisiera darle las gracias por mantener al día la agenda para esta entrevista. Le agradecería (también) si pudiera (anotar/seguir anotando) las visitas de cuidado de salud y guardara la información sobre los gastos médicos para la próxima entrevista. Muchas gracias por su tiempo y cooperación durante esta entrevista.

Quisiera darle esta agenda [HAND PLANNER TO RESPONDENT] para que anote todas las visitas de cuidado de salud que usted tenga con cualquier tipo de profesional médico o en cualquier instalación médica. Aquí hay una carpeta para guardar todas las cuentas médicas, recibos, estados de cuenta de Medicare, y estados de cuenta del seguro que estén relacionados con sus visitas de cuidado de salud y otros gastos médicos para que podamos hablar acerca de ellos durante la próxima entrevista. Quisiera agradecerle por su tiempo y cooperación y espero verle pronto.

Quisiera asegurarme que usted sabe de la agenda que usamos para anotar las visitas de cuidado de salud así como la carpeta para guardar la información sobre los gastos de cuidado de salud para la próxima visita.

Quisiera darle las gracias por su tiempo y cooperación durante la entrevista. Es posible que nos comuniquemos con usted más adelante para más información.

USE ENGLISH TEXT

1

A continuación, le preguntaré sobre algún cuidado médico del cual hablamos en una entrevista anterior. THERE ARE (TOTAL NUMBER OF CPS EVENTS) EVENTS OR BUNDLES (REMAINING) FOR SUMMARY. (Primero/A continuación), quiero preguntarle sobre (el/la/los/las) [READ (EVENT(S) ABOVE)].

Al momento de la última entrevista, usted estaba esperando recibir un estado de cuenta o papel de (Medicare, Seguro y TRICARE/Medicare y TRICARE/Medicare y Seguro/Medicare). ¿Ha recibido usted un estado de cuenta por (el/la/los/las) (READ EVENT(S) ABOVE) (desde entonces/desde la última entrevista)? [PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier estado de cuenta que haya recibido acerca de su beneficio de recetas médicas de Medicare.

¿Sabe cuál fue (el cobro total/la cantidad del copago) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE]?

Incluyendo cualquier cantidad que pueda ser pagada por Medicare o alguna otra persona, ¿cuál fue el cobro total (es decir, la cantidad cobrada)?

¿Cuál fue la cantidad del copago para (el/la) [READ EVENT(S) ABOVE]? [EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado comúnmente cobran una cantidad fija, o copago, cada vez que se proporcionan servicios de salud. Por ejemplo, la persona posiblemente pague \$20 por cada visita al consultorio de un médico y \$10 por cada medicina recetada.]

Por el [READ OME ITEM ABOVE], ¿cuántos meses están cubiertos por el cobro para el período entre (CHARGE BUNDLE REFERENCE PERIOD)?

Por el [READ OME ITEM ABOVE], ¿cuántos meses están cubiertos por el cobro para el período entre (CHARGE BUNDLE REFERENCE PERIOD)?

¿Cuántas de las veces que usted obtuvo (MEDICINE NAME/OME ITEM TYPE) para el período entre (CHARGE BUNDLE REFERENCE PERIOD) estaban cubiertas por el cobro total /estuvieron cubiertos por los (CPS4 - TOTAL CHARGE) /no hubo cobro /estaban cubiertos por el copago /estaban cubiertos por los (CPS5 - COPAYMENT) /no hubo copago?

¿Cuántos de los [READ EVENT ABOVE] /estaban cubiertos por el cobro total /estuvieron cubiertos por los (CPS4 - TOTAL CHARGE) /no hubo cobro /estaban cubiertos por el copago /estaban cubiertos por los (CPS5 - COPAYMENT) /no hubo copago]?

La última vez, anotamos que (el cobro total/la cantidad del copago) por (el/la/los/las) [READ EVENTS ABOVE] fue (TOTAL CHARGE), y que no se había hecho ningún pago. ¿Ha pagado ahora usted o alguna otra fuente, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), parte (del cobro total/de la cantidad del copago/estos (TOTAL CHARGE)?

USE ENGLISH TEXT

1

La última vez, anotamos que [Medicare había pagado (nada/MEDICARE PAYMENT AMOUNT) y después que Medicare pagó] había una cantidad restante de (CPS AMOUNT REMAINING) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE.] ¿Ha pagado ahora usted o alguna otra fuente, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] algo de estos (AMOUNT REMAINING)?

USE ENGLISH TEXT

1

Déjeme revisar lo que anotamos la última vez. [REVIEW WITH RESPONDENT.] El total de todos los pagos es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND TOTAL CHARGE). ¿Ha pagado usted o alguna otra fuente tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), alguna cantidad adicional?

USE ENGLISH TEXT

1

Déjeme revisar lo que anotamos la última vez. [REVIEW ABOVE WITH RESPONDENT.] Parece haber una cantidad que todavía no se ha pagado. El total de los pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND CPS AMOUNT REMAINING). ¿Ha pagado usted o alguna otra fuente [, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] alguna cantidad adicional?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Espera que usted o alguna otra fuente pague (algo de esta cantidad/alguna cantidad adicional) por (el/la/los/las) [READ EVENT(S) ABOVE.]?

¿Cuánto espera usted que se pague?

¿Cuánto espera usted que se pague?

¿Cuánto espera usted que se pague?

La última vez, usted (esperaba que alguna fuente le reembolsara /no estaba seguro(a) si alguna fuente le reembolsaría) parte o el total de los (SP/FAMILY PAYMENT AMOUNT) que usted había pagado por [READ EVENT(S) ABOVE.]

¿Le ha reembolsado alguna fuente [, tal como (un plan de seguro,/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro),] algo de esa cantidad? [PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier pago que haya recibido de su beneficio de recetas médicas de Medicare.]

¿Espera todavía que alguna fuente le reembolse alguna cantidad por [READ EVENT(S) ABOVE]?

¿Cuánto espera usted que se pague?

¿Cuánto espera usted que se pague?

¿Cuánto espera usted que se pague?

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

¿Quién (más) pagó (además de Medicare)? ¿Cuánto pagó (SOURCE)?

Antes de continuar quisiera hacerle algunas preguntas acerca (del/de los) plan(es) de seguro de salud que acaba de agregar.

USE ENGLISH TEXT 1

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su plan actual de Cuidado Administrado de Medicare. ¿Ha cambiado esta información?

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (CPS26 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) era su Plan de Recetas Médicas actual. ¿Ha cambiado esa información?

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (CPS26 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Las siguientes dos preguntas son acerca de orígenes hispanos y raza.

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] mexicano(a), mexicano(a) americano(a) o chicano(a), puertorriqueño(a), cubano(a) o de otro origen hispano, latino o español?

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] mexicano(a), mexicano(a) americano(a) o chicano(a), puertorriqueño(a), cubano(a) o de otro origen hispano, latino o español?

Mirando esta tarjeta, ¿cuál es su raza? [EXPLAIN IF NECESSARY: Para esta encuesta, los orígenes hispanos no son una raza.]

Mirando esta tarjeta, ¿cuál es su raza? [EXPLAIN IF NECESSARY: Para esta encuesta, los orígenes hispanos no son una raza.]

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] hindú, chino(a), filipino(a), japonés, coreano(a), vietnamita o de otro origen asiático? Puede seleccionar más de un grupo.

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] hindú, chino(a), filipino(a), japonés, coreano(a), vietnamita o de otro origen asiático? Puede seleccionar más de un grupo.

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] nativo de Hawái, guameño(a) o chamorro(a), samoano(a) o de otro origen de las Islas del Pacífico? Puede seleccionar más de un grupo.

Mire esta tarjeta. ¿Es [usted/SP] nativo de Hawái, guameño(a) o chamorro(a), samoano(a) o de otro origen de las Islas del Pacífico? Puede seleccionar más de un grupo.

La dos siguientes preguntas son acerca de educación e ingresos.

¿Cuál es el grado o nivel de escuela más alto que usted ha completado?

En estudios como este, las personas algunas veces son agrupadas de acuerdo a su ingreso.

¿Fue el ingreso total (suyo y de su cónyuge/suyo) durante los últimos 12 meses menos de \$ 25.000, \$ 25.000 o más, antes de impuestos? Incluya ingresos de empleos, Seguro Social, Retiro de Ferrovianos, otro ingreso de jubilación, Seguro de Ingreso Suplementario (SIS), pensiones, intereses y otras fuentes. {PROBE IF NECESSARY: Al calcular su ingreso total puede responder por los últimos 12 meses en total, o dar un cálculo mensual} [EXPLAIN IF NECESSARY:] El ingreso es importante para analizar la información que recolectamos. Por ejemplo, esta información nos ayuda a saber si las personas de un grupo de ingreso determinado usa cierto tipo de servicios de cuidado médico o tienen ciertas condiciones médicas más o menos frecuentemente que las personas de otros grupos.]

Mirando esta tarjeta dígame, ¿qué letra representa mejor el ingreso total (suyo y de su cónyuge/suyo) antes de impuestos durante los últimos 12 meses? Incluya ingresos de empleos, Seguro Social, Retiro de Ferrovianos, otro ingreso de retiro, y de las otras fuentes de ingreso de las cuales acabamos de hablar. [EXPLAIN IF NECESSARY:] El ingreso es importante para analizar la información que recolectamos. Por ejemplo, esta información nos ayuda a saber si las personas de un grupo de ingreso determinado usa cierto tipo de servicios de cuidado médico o tienen ciertas condiciones médicas más o menos frecuentemente que las personas de otros grupos.]

Las siguientes preguntas son acerca de cualquier cuidado médico que usted puede haber recibido entre (REFERENCE DATE) y hoy. (Ahora sería un buen momento para sacar la agenda o calendario que haya usado para anotar las visitas de cuidado de salud u otros gastos médicos. También nos referiremos a cualquier estado de cuenta que haya recibido desde la última entrevista.) Primero, hablaremos sobre cuidado dental.

Por favor mire esta tarjeta. Desde (REFERENCE DATE), ¿fue usted a un dentista o adonde alguna otra persona para cuidado dental? [Proveedores dentales incluye dentistas, cirujanos dentales endodoncistas, periodoncistas e higienistas dentales.]

¿A quién vio usted?

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

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

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

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

USE ENGLISH TEXT

1

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

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

Sería útil si yo pudiese ver alguna(s) botella(s), envase(s), o bolsa(s) que usted tenga, para poder escribir correctamente el nombre de la medicina y anotar la potencia de la medicina. También, por favor saque los estados de cuenta de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME), los cuales deben 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]

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

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

USE ENGLISH TEXT

1





¿Quién es el dueño o quién alquila esta vivienda? [PROBE:  
De las personas que ahora viven (aquí/allá), ¿quién es el jefe  
del hogar?]

Desde (REFERENCE DATE), ¿trabajó usted en algún momento  
en un empleo o negocio?

Antes de continuar con el siguiente grupo de preguntas,  
necesito información sobre su situación de trabajo. ¿Está  
usted actualmente trabajando en un empleo o negocio?

USE ENGLISH TEXT

1

Antes de continuar con el siguiente grupo de preguntas,  
necesito actualizar la información sobre la situación de  
trabajo (suya/de HOUSEHOLD MEMBER'S NAME). ¿Está  
(usted/ HOUSEHOLD MEMBER'S NAME) actualmente  
trabajando en un empleo o negocio?

Ahora tenemos algunas preguntas acerca del servicio militar.  
¿Sirvió usted alguna vez en las Fuerzas Armadas de Estados  
Unidos?

Mirando esta tarjeta, ¿en cuál de estos períodos sirvió usted  
en las Fuerzas Armadas? CODE ALL THAT APPLY.

¿Fue usted alguna vez miembro activo de la Guardia  
Nacional o de la reserva militar de Estados Unidos?  
¿Fue todo su servicio activo relacionado con la Guardia  
Nacional o adiestramiento de la reserva militar?

¿Tiene usted una discapacidad relacionada con el servicio en  
las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

¿Cuál es su porcentaje actual de discapacidad en la A.V.?  
PORCENTAJE = ( ) %

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha ido usted a la sala de  
emergencia de un hospital para cuidado médico?

¿Adónde fue usted -- (a qué hospital)?

¿Es (PROVIDER NAME) una dependencia del Departamento  
de Asuntos de Veteranos o A.V. (Administración de  
Veteranos)?

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

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

¿Cuándo fue usted a la sala de emergencia del (PROVIDER  
NAME)? Por favor dígame todas las fechas desde  
(REFERENCE DATE).

USE ENGLISH TEXT

1

¿Fue admitido(a) usted a (PROVIDER NAME) desde la sala de emergencia?

Durante su visita a la sala de emergencia, ¿le recetaron alguna medicina?

¿Fue preparada alguna de las recetas?

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 esa 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]

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a la sala de emergencia de este o de algún otro hospital?

Como mencioné anteriormente, esta es su entrevista final para este estudio. Hemos aprendido mucho con su participación en la EBAM. Ya ha sido utilizada la información del estudio para informar al Congreso de los problemas que los beneficiarios de Medicare posiblemente enfrente en relación a su acceso al cuidado de salud. Su participación en este estudio le ha dado al gobierno de Estados Unidos una descripción mucho más clara de sus necesidades de cuidado de salud y de los más de 42 millones de participantes de Medicare.

Le agradezco sinceramente por todo el tiempo y esfuerzo que le ha dedicado a este estudio. Usted ha hecho una contribución muy importante al programa de Medicare y a todos sus beneficiarios al compartir sus experiencias de cuidado de salud con nosotros. Aun cuando usted ya no seguirá participando en nuestra encuesta, sus necesidades de cuidado de salud continuarán estando cubiertas a través del programa de Medicare. Quisiera expresarle nuestro agradecimiento a nombre de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. Ambos, Westat y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid le desean a usted lo mejor para el futuro.

Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su situación de vivienda o características del lugar en que vive.

¿Qué tipo de vivienda describe mejor su hogar?  
¿Qué tipo de vivienda describe mejor su hogar?  
¿Cuántos niveles tiene su (casa/edificio de apartamentos o condominio/lugar de residencia)?  
¿Tiene su (casa/edificio de apartamentos o condominio/lugar de residencia) un ascensor?  
¿Está el espacio habitable de su (casa/propio apartamento o condominio/lugar de residencia) todo en un solo nivel?

¿Tiene su (casa/propio apartamento o condominio/lugar de residencia) un baño completo o un medio baño en todos los niveles? [PROBE: Las instalaciones de baño deben tener al menos un (inodoro/excusado) con un estanque de agua automático o una (bañera/tina de baño) o ducha.]

A continuación, quisiera preguntar acerca de modificaciones para acceso o movilidad que usted posiblemente tenga en su (casa/edificio de apartamentos o condominio/casa móvil o de remolque/lugar de residencia).

Cuando estuvimos aquí hace más o menos un año atrás, preguntamos acerca de modificaciones para acceso o movilidad que podían haber sido parte de su residencia en ese momento. Ahora, quisiera actualizar nuestra información acerca de tales modificaciones.

¿Tiene su (casa/casa móvil o de remolque/edificio de apartamentos o condominio/lugar de residencia) rampas en (alguna de) su(s) entrada(s)?

¿Tiene su (casa/propio apartamento o condominio/casa móvil o de remolque/lugar de residencia) modificaciones en algún baño tales como barras para sujetarse o un asiento en la ducha?

Aparte de barandas en las escaleras, ¿tiene su (casa/propio apartamento o condominio/casa móvil o de remolque/lugar de residencia) barandas especiales para ayudarle a usted a ir de un lugar a otro?

Por favor mire esta tarjeta. ¿Es su (casa/propio apartamento o condominio/casa móvil o de remolque/lugar de residencia) parte de una de estas comunidades?

[IF NECESSARY, ASK: ¿Qué categoría describe mejor su tipo de vivienda?]

[IF NECESSARY, ASK: ¿Qué categoría describe mejor su tipo de vivienda?]

El tipo de comunidad en el que usted vive algunas veces le da acceso a los residentes a servicios de cuidado personal. A continuación, quisiera actualizar nuestra información en relación a su acceso a tales servicios.

¿Le da a usted su lugar de residencia acceso a servicios de cuidado personal tales como algunos de aquellos anotados en esta tarjeta?

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

a. comidas preparadas,

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

b. cuidado del hogar, criada, o servicios de limpieza,

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

c. servicio de lavandería,

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

d. ayuda con las medicinas,

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

e. Transportación o

Estamos interesados en los servicios personales que pueden estar disponibles aquí además de vivienda. [En (este(a)/estos(as)) (TYPE OF HOUSING)/en su lugar de residencia], ¿tiene usted acceso a...

f. servicios de recreación, tales como instalaciones para ejercicios, cine, programas de actividades, biblioteca, salones de juego, mesas de billar, etc.?

¿Están incluidos estos servicios como parte del costo de su vivienda o hay un cobro separado por éstos?

¿Le permitiría (el/la) (TYPE OF HOUSING /lugar) donde usted vive actualmente seguir viviendo en su (casa/apartamento o condominio/casa móvil o de remolque/hogar) si usted necesitara cuidado substancial? PROBE: ¿Podría quedarse donde vive ahora si usted necesitara un nivel de cuidado mucho más alto?

¿Si usted necesitara cuidado substancial, ¿podrían proporcionarle ese cuidado en otra parte de (este(a)/estos(as)) mismo(a) (TYPE OF HOUSING/lugar de residencia)?

¿Requiere el lugar donde usted vive ahora que los residentes tengan cierta edad para vivir ahí o recibir servicios?

Ahora tengo algunas preguntas acerca de las habitaciones de su lugar de residencia. ¿Tiene usted sus propias instalaciones de baño? [EXPLAIN IF NECESSARY: Instalaciones de baño propias se pueden definir como el lavamanos, (inodoro/excusado) con estanque de agua automático, y (bañera/tina de baño) o ducha usados principalmente por usted y que no es usado en forma regular por alguien que no vive en el hogar.]

¿Cuántas habitaciones hay en su (casa/propio apartamento o condominio/casa móvil o de remolque/lugar de residencia), sin contar los baños, pasillos, o sótanos sin terminar?

¿Tiene usted su propia cocina? [EXPLAIN IF NECESSARY: Cocina propia es definida como un área con un lavaplatos, artefactos de cocina que no sean partátiles y un refrigerador usado principalmente por usted y que no es usada en forma regular por alguien que no vive en el hogar. También incluye cocinas pequeñas.]

Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre [su salud/ la salud de (SP)]. En general, comparado con otras personas de su edad, ¿diría usted que [su salud/la salud de (SP)] es...

Comparado con hace un año, ¿cómo calificaría ahora [su salud/la salud de (SP)] en general? ¿Diría que [su salud/la salud de (SP)] es ...

¿Cuánto tiempo durante el mes pasado [su salud/la salud de (SP)] limitó sus actividades sociales, tales como visitar a amigos o parientes cercanos? ¿Diría que...

¿Usa [usted/SP] anteojos o lentes de contacto?

¿Cuál afirmación describe mejor [su visión/la visión de (SP)] (mientras está usando anteojos o lentes de contacto): no tiene problema para ver, tiene un poco de problema para ver, tiene mucho problema para ver o no puede usar la vista?

¿Le han dicho a [usted/(SP)] que es legalmente ciego(a)?  
[EXPLAIN AS NECESSARY: Informalmente, una persona es legalmente ciega cuando aunque esté usando lentes de aumento no puede ver lo suficientemente bien como para manejar.]

¿Le ha hecho un examen de la vista a [usted/(SP)] un oftalmólogo u optometrista desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que un oftalmólogo u optometrista le hizo a [usted/(SP)] un examen de la vista?

Tengo un par de preguntas acerca de su último examen de la vista. ¿Le hizo el examen un optometrista, oftalmólogo o algún otro médico o profesional del cuidado de los ojos?  
[EXPLAIN AS NECESSARY: Un optometrista es un médico en optometría (O.D.) que diagnostica y trata problemas de salud de la vista. Un oftalmólogo es un médico (M.D.) que se especializa en la cirugía y las enfermedades de los ojos.]

Tengo un par de preguntas acerca de su último examen de la vista. ¿Le hizo el examen un optometrista, oftalmólogo o algún otro médico o profesional del cuidado de los ojos?  
[EXPLAIN AS NECESSARY: Un optometrista es un médico en optometría (O.D.) que diagnostica y trata problemas de salud de la vista. Un oftalmólogo es un médico (M.D.) que se especializa en la cirugía y las enfermedades de los ojos.]

Nuevamente, piense acerca [de su último examen de la vista/ del último examen de la vista de (SP), ¿le pusieron gotas en los ojos para dilatarle la pupila? [EXPLAIN AS NECESSARY: Se usan gotas para dilatación para expandir la pupila en un examen de los ojos. Las gotas frecuentemente hacen que los ojos sean más sensibles a la luz fuerte y pueden causar visión borrosa temporalmente.]

Le voy a leer una lista de afecciones de los ojos. Por favor dígame si le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía alguna de las siguientes afecciones. ¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía:

a. Cataratas

Le voy a leer una lista de afecciones de los ojos. Por favor dígame si le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía alguna de las siguientes afecciones. ¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía:

b. Glaucoma

Le voy a leer una lista de afecciones de los ojos. Por favor dígame si le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía alguna de las siguientes afecciones. ¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía:

c. Retinopatía diabética

Le voy a leer una lista de afecciones de los ojos. Por favor dígame si le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía alguna de las siguientes afecciones. ¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía:

d. Degeneración de la mácula relacionada con la edad, llamada también "AMD" por sus siglas en inglés.

¿Le han hecho alguna vez a [usted/(SP)] una operación de cataratas?

La cirugía con láser en la parte de atrás de los ojos, o retina, se usa comúnmente para la retinopatía diabética y la degeneración de la mácula. ¿Le han hecho alguna vez a [usted/(SP)] una cirugía con láser en la parte de atrás de alguno de los dos ojos para una de estas afecciones? [EXPLAIN IF NECESSARY: Esto no incluye cirugía "Lasik" en el frente de los ojos que se usa para corregir la vista.]

¿Usa [usted/(SP)] una ayuda auditiva o audífono?

¿Cuál afirmación describe mejor [su audición/la audición de (SP)] (usando una ayuda auditiva o audífono): no tiene problema para oír, tiene un poco de problema para oír, tiene mucho problema para oír o es sordo(a)?

¿Cuánto problema tiene [usted/(SP)] para averiguar cosas que necesita saber acerca de Medicare debido a (su dificultad para oír/que es sordo(a))? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

¿Cuánto problema tiene [usted/(SP)] para comunicarse con su médico u otro personal médico debido a (su dificultad para oír/que es sordo(a))? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

¿Cuánto problema tiene [usted/(SP)] para comer alimentos sólidos debido a problemas con la boca o dientes? ¿Diría que no tiene problema, un poco de problema, o mucho problema?

¿Cuánto mide [usted/(SP)]? ¿Cuánto pesa [usted/(SP)]?

¿Cuánto mide [usted/(SP)]? ¿Cuánto pesa [usted/(SP)]?

¿Cuánto mide [usted/(SP)]? ¿Cuánto pesa [usted/(SP)]?

Estas siguientes preguntas son acerca de medidas de salud preventiva que algunas personas toman.

¿Cuándo fue la vez más reciente que un médico u otro profesional de salud le tomó la presión sanguínea a [usted/(SP)]?

¿Cuándo fue la vez más reciente que le midieron el colesterol a [usted/(SP)]?

(Estas siguientes preguntas son acerca de medidas de salud preventiva que algunas personas toman.) ¿Le han hecho a [usted/(SP)] una mamografía desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuál es la razón por la que a [usted/(SP)] no le han hecho una mamografía desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuál es la razón por la que a [usted/(SP)] no le han hecho una mamografía desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Le han hecho a [usted/(SP)] una prueba Papanicolaou o “Pap” desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuál es la razón por la que no le han hecho a [usted/(SP)] una prueba Papanicolaou o “Pap” desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuál es la razón por la que no le han hecho a [usted/(SP)] una prueba Papanicolaou o “Pap” desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Le han hecho alguna vez a [usted/(SP)] una histerectomía?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le han hecho alguna vez a [usted/(SP)] cirugía de la próstata? [EXPLAIN IF NECESSARY: La cirugía a la glándula próstata se usa típicamente como tratamiento para el cáncer de la próstata o para corregir problemas urinarios. La cirugía puede incluir sacar la próstata completa o parcialmente.]

Estas siguientes preguntas son acerca de (medidas de salud preventiva que algunas personas toman/cuidado de seguimiento que algunas veces un médico prescribe después de una cirugía de la próstata.) ¿Le han hecho a [usted/(SP)] un tacto rectal (de la próstata) desde (LAST HF MONTH YEAR)? [EXPLAIN IF NECESSARY: El examen se puede usar para detectar cáncer de la próstata, para determinar si el cáncer se ha diseminado más allá de la próstata, y como parte del examen de seguimiento después de una cirugía de la próstata.]



¿Le han hecho a [usted/(SP)] una prueba de sangre para detectar cáncer de la próstata, conocido como prueba "PSA", desde (LAST HF MONTH YEAR)? [PSA = [PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN = ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO] [EXPLAIN IF NECESSARY: La prueba se puede usar para detectar cáncer de la próstata, para determinar si el cáncer se ha diseminado más allá de la próstata, y como parte del examen de seguimiento después de una cirugía de la próstata.]

¿Cuál es la razón por la que a [usted/(SP)] no le han hecho una prueba de sangre de la próstata o "PSA" desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Cuál es la razón por la que a [usted/(SP)] no le han hecho una prueba de sangre de la próstata o "PSA" desde (LAST HF MONTH YEAR)?

¿Le pusieron a [usted/(SP)] la vacuna estacional contra la gripe el invierno pasado? [EXPLAIN IF NECESSARY: ¿Le pusieron a [usted/(SP)] la vacuna estacional contra la gripe durante el periodo entre septiembre de (PREVIOUS YEAR) y diciembre de (PREVIOUS YEAR)?]

¿Por qué no le pusieron a [usted/(SP)] ninguna vacuna para la gripe el invierno pasado? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Por qué no le pusieron a [usted/(SP)] ninguna vacuna para la gripe el invierno pasado? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Dónde fue [usted/(SP)] para que le pusieran su más reciente vacuna contra la gripe, fue esto en un centro de un plan de cuidado administrado o HMO, una clínica, un consultorio de médico, un hospital, una feria de salud, centro comercial, o algún otro lugar? [IF CLINIC, ASK: ¿Era una clínica de pacientes externos de un hospital, o algún otro tipo de clínica? IF SOME OTHER PLACE, ASK: ¿Dónde fue esto?]

¿Dónde fue [usted/(SP)] para que le pusieran su más reciente vacuna contra la gripe, fue esto en un centro de un plan de cuidado administrado o HMO, una clínica, un consultorio de médico, un hospital, una feria de salud, centro comercial, o algún otro lugar? [IF CLINIC, ASK: ¿Era una clínica de pacientes externos de un hospital, o algún otro tipo de clínica? IF SOME OTHER PLACE, ASK: ¿Dónde fue esto?]

¿Pago [usted/(SP)] parte o todo el costo de la vacuna contra la gripe? Por favor incluya cualquier pago que usted haya hecho para cubrir el costo de la vacuna contra la gripe.

¿Tuvo [usted/(SP)] algún problema para conseguir la vacuna para la gripe cuando la quería debido a que la vacuna se había acabado o no estaba disponible?

¿Fue una razón por la que [usted/(SP)] no se puso la vacuna para la gripe el invierno pasado debido a que se había acabado o no estaba disponible?

¿Le han puesto alguna vez a [usted/(SP)] una vacuna contra la pulmonía?

¿Por qué nunca le han puesto a [usted/(SP)] una vacuna contra la pulmonía? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Por qué nunca le han puesto a [usted/(SP)] una vacuna contra la pulmonía? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Ha fumado [usted/(SP)] alguna vez cigarrillos, cigarros o tabaco en pipa?

¿Fuma [usted/(SP)] ahora cigarrillos, cigarros o tabaco en pipa?

¿Cuántos años fumó usted?

¿Cuántos años fumó usted?

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que usted fumó en forma regular?

¿Cuántos años ha fumado usted?

¿Cuántos años ha fumado usted?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha recomendado un médico u otro profesional de la salud a [usted/(SP)] que deje de fumar?

Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

Las siguientes preguntas son acerca de tomar bebidas alcohólicas. Se incluyen licores, tales como whiskey o ginebra, tragos mezclados, vino, cerveza, y cualquier otro tipo de bebida alcohólica. Por favor piense en un mes típico del último año. ¿Cuántos días tomó usted algún tipo de bebida alcohólica?

[Por favor piense en un mes típico del último año.] En esos días en que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó?

[Por favor piense en un mes típico del último año.] En esos días en que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó?

[Por favor piense en un mes típico del último año.] ¿Cuántos días tomó 4 o más tragos en un solo día?

Ahora, le voy a preguntar sobre qué tan difícil es, corrientemente, para [usted/(SP)] hacer cierto tipo de actividades. Por favor dígame para cada actividad si [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no la puede hacer.

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene [usted/(SP)] para inclinarse, agacharse, o arrodillarse? ¿Diría que [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene [usted/(SP)] para levantar o cargar objetos tan pesados como 10 libras, tal como un saco de papas? [PROBE IF NECESSARY: ¿Diría que [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?]

¿Y para levantar o extender los brazos más arriba de los hombros? [PROBE IF NECESSARY: ¿Diría que [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?]

¿Cuánta dificultad, si alguna, tiene [usted/(SP)] para escribir o para tomar y sujetar objetos pequeños? [PROBE IF NECESSARY: ¿Diría que [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?]

¿Y para caminar un cuarto de milla -- es decir, 2 ó 3 cuadras? [PROBE IF NECESSARY: ¿Diría que [usted/(SP)] no tiene ninguna dificultad, un poco de dificultad, alguna dificultad, mucha dificultad, o no puede hacerlo?]

Estamos interesados en dos tipos de actividades físicas – vigorosas y moderadas. Las actividades vigorosas causan un gran aumento de la respiración y de los latidos del corazón. Las actividades moderadas causan un pequeño aumento de la respiración y de los latidos del corazón. Primero le preguntaré acerca de las actividades vigorosas que usted hace.

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades vigorosas, tales como deporte en equipo, correr, aeróbicos, trabajo pesado de la casa o del patio, o cualquier otra actividad que le cause un gran aumento de la respiración o de los latidos del corazón?

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades vigorosas, tales como deporte en equipo, correr, aeróbicos, trabajo pesado de la casa o del patio, o cualquier otra actividad que le cause un gran aumento de la respiración o de los latidos del corazón?

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades moderadas, tales como caminar rápido, andar en bicicleta, jardinería, jugando golf, nadando, o pasando la aspiradora?

En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo actividades moderadas, tales como caminar rápido, andar en bicicleta, jardinería, jugando golf, nadando, o pasando la aspiradora?

Ahora le voy a preguntar acerca de actividades que posiblemente usted hace para aumentar la fuerza o la flexibilidad de los músculos. En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo ejercicios para aumentar la fuerza o la flexibilidad de los músculos, tal como levantar pesas, flexiones para los pectorales (“push-ups”), flexiones abdominales (“sit-ups”), estiramientos, o Yoga?

Ahora le voy a preguntar acerca de actividades que posiblemente usted hace para aumentar la fuerza o la flexibilidad de los músculos. En una semana típica, ¿cuánto tiempo pasa haciendo ejercicios para aumentar la fuerza o la flexibilidad de los músculos, tal como levantar pesas, flexiones para los pectorales (“push-ups”), flexiones abdominales (“sit-ups”), estiramientos, o Yoga?

A continuación, le voy a leer una lista de afecciones médicas.

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), le ha dicho/ ¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía alguna de estas afecciones?

[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía... endurecimiento de las arterias o arterioesclerosis?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que (todavía tiene/tiene/tenía)...] hipertensión, llamada algunas veces alta presión sanguínea?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿Le dijo un médico a [usted/(SP)] que todavía tenía hipertensión o alta presión sanguínea?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] un infarto del miocardio o ataque al corazón?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía infarto del miocardio o ataque al corazón?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] (un nuevo episodio de) angina de pecho o enfermedad coronaria del corazón?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un episodio de angina de pecho, o enfermedad coronaria del corazón?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] (un nuevo episodio de) fallo congestivo del corazón?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un episodio de fallo congestivo del corazón?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] (un nuevo episodio de) problemas con las válvulas del corazón, tal como estenosis aórtica?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un episodio de problemas con las válvulas del corazón, tal como estenosis aórtica?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] (un nuevo episodio de) problemas con el ritmo del corazón, tal como fibrilación atrial?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un episodio de problemas con el ritmo del corazón, tal como fibrilación atrial?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] (un nuevo episodio de) alguna otra enfermedad del corazón?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un episodio de alguna otra enfermedad del corazón?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] un ataque de apoplejía o derrame cerebral, o un accidente cerebrovascular?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía un ataque de apoplejía, derrame cerebral, o un accidente cerebrovascular?

¿Le ha dicho un médico a [usted/(SP)] alguna vez que tenía el colesterol alto?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía el colesterol alto?

[Tengo anotado que [usted/(SP)] anteriormente informó que tenía cáncer de la piel.] [[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] una nueva incidencia de cáncer en la piel?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía una incidencia de cáncer en la piel?

[Tengo anotado que [usted/(SP)] informó anteriormente que tenía un tumor, crecimiento, o cáncer (del/de la) [READ RESPONSES BELOW.] [Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía algún (otro) tipo de cáncer, tumor maligno, o tumor distinto a cáncer de la piel?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía algún tipo de cáncer, tumor maligno, o tumor distinto a cáncer de la piel?

[Desde la primera vez que un médico le dijo a [usted/(SP)] que tenía un cáncer, tumor maligno, o tumor en/¿En] qué parte o partes del cuerpo encontraron el cáncer o tumor?  
[PROBE: ¿Alguna otra parte?]

[Desde la primera vez que un médico le dijo a [usted/(SP)] que tenía un cáncer, tumor maligno, o tumor en/¿En] qué parte o partes del cuerpo encontraron el cáncer o tumor?  
[PROBE: ¿Alguna otra parte?]

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] artritis reumatoide?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] artritis distinta a artritis reumatoide? [EXPLAIN IF NECESSARY: Esto incluye osteoartritis.]

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía artritis en alguna otra parte del cuerpo distinta a artritis reumatoide?

[¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía] una discapacidad del intelecto, llamada algunas veces retraso mental?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía...] enfermedad de Alzheimer?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico alguna vez a [usted/(SP)] que tenía...] algún tipo de demencia distinta a la enfermedad de Alzheimer?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] depresión?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía depresión?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] un trastorno mental o psiquiátrico, distinto a depresión?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico que usted tenía un trastorno mental o psiquiátrico, distinto a depresión?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] osteoporosis, llamado a veces huesos frágiles o blandos?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] una cadera quebrada?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía una cadera quebrada?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] enfermedad de Parkinson?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] enfisema, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

[[Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le ha dicho/¿Le ha dicho] un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía...] parálisis completa o parcial?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía parálisis completa o parcial?

¿Le falta o ha perdido un brazo o una pierna?

[[Antes que le hicieran cirugía de la próstata, ¿le dijo alguna vez un médico)/ Desde (LAST HF MONTH YEAR),¿le ha dicho/¿Le ha dicho]] (alguna vez) un médico a [usted/(SP)] que tenía...] agrandamiento de la próstata o hipertrofia prostática benigna HBP ("BPH")?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le dijo un médico a [usted/(SP)] que tenía agrandamiento de la próstata o hipertrofia prostática benigna HBP ("BPH")?

¿Le ha dicho un médico (alguna vez) a [usted/(SP)] que tenía algún tipo de diabetes, incluyendo: diabetes, niveles altos de azúcar en la sangre, (en los límite de tener diabetes, pre-diabetes, o diabetes relacionada con el embarazo/en los límite de tener diabetes, pre-diabetes)?

Mirando esta tarjeta, por favor dígame qué tipo de diabetes le dijo el médico que [usted/(SP)] tiene.

Mirando esta tarjeta, por favor dígame qué tipo de diabetes le dijo el médico que [usted/(SP)] tiene.

¿Le dijeron a [usted/(SP)] en dos o más visitas diferentes que tenía diabetes?

Usted me dijo que [tiene/(SP) tiene] [READ CONDITIONS LISTED BELOW]. (¿Fue esta/¿Fueron algunas de éstas) la(s) causa(s) original(es) por las que [usted/(SP)] llegó a ser elegible para recibir Medicare?

¿Cuál fue la causa original por la cual [usted/(SP)] llegó a ser elegible para recibir Medicare?

¿Cuál de estas afecciones fue la causa por la que [usted/(SP)] llegó a ser elegible para recibir Medicare? [PROBE: ¿Alguna otra afección?]

¿Cuál de estas afecciones fue la causa por la que [usted/(SP)] llegó a ser elegible para recibir Medicare? [PROBE: ¿Alguna otra afección?]

Ahora quiero preguntarle acerca de algunas cosas que [usted/(SP)] posiblemente esté haciendo para mantener su salud, ya sea que le estén haciendo pruebas para problemas de salud o cuidándose para ciertas afecciones que tenga.



Tengo anotado que un médico le dijo a [usted/(SP)] que tenía (diabetes tipo 1/diabetes tipo 2/un nivel en el límite antes de diabetes/pre-diabetes/diabetes). ¿Qué edad tenía [usted/(SP)] la primera vez que le dijeron que tenía diabetes?

Tengo anotado que un médico le dijo a [usted/(SP)] que tenía (diabetes tipo 1/diabetes tipo 2/un nivel en el límite antes de diabetes/pre-diabetes/diabetes). ¿Qué edad tenía [usted/(SP)] la primera vez que le dijeron que tenía diabetes?

¿Tuvo [usted/(SP)] diabetes durante un embarazo solamente?

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO a. toma insulina,

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO b. toma píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes,

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO c. se hace pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa,

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO f. se revisa para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies,

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO h. se mide la presión de sangre en el hogar o

Por favor dígame si [usted/(SP)] usa algunas de las siguientes maneras de controlar su diabetes. ¿ [Usted/(SP)] ... SI NO i. toma aspirina regularmente para su diabetes?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] insulina?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] insulina?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] insulina?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?

¿Con qué frecuencia toma [usted/(SP)] píldoras recetadas para la diabetes o medicina oral para la diabetes?

¿Con qué frecuencia se hace [usted/(SP)] pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa? [PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se hace [usted/(SP)] pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa? [PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se hace [usted/(SP)] pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa? [PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se hace [usted/(SP)] pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa? [PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se hace [usted/(SP)] pruebas de sangre para el azúcar o la glucosa? [PROBE: Incluya las veces que le hace las pruebas un familiar o amigo, pero no incluya las veces que le hace las pruebas un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se revisa [usted/(SP)] para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies? [PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se revisa [usted/(SP)] para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies? [PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se revisa [usted/(SP)] para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies? [PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se revisa [usted/(SP)] para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies? [PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

¿Con qué frecuencia se revisa [usted/(SP)] para ver si tiene inflamaciones o irritaciones en los pies? [PROBE: Incluya las veces que se las revisa un familiar o amigo, pero no incluya las veces que se las revisa un profesional de salud.]

Durante el último año, ¿le examinó a [usted/(SP)] los pies un médico u otro profesional de salud para ver si tenía inflamaciones o irritaciones?

Más o menos, ¿cuántas veces vio un médico u otro profesional de salud a [usted/(SP)] por su diabetes el último año?

Una prueba de hemoglobina "A uno C" mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. Esto se hace normalmente en el consultorio de un médico. Más o menos, ¿cuántas veces durante el último año un médico u otro profesional de salud le hizo a [usted/(SP)] una prueba de hemoglobina "A uno C"?

¿Diría usted que [su azúcar en la sangre/el azúcar en la sangre de (SP)] está bien controlado todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, parte del tiempo, una pequeña parte del tiempo, o nunca? Por "bien controlado" queremos decir que el resultado de una prueba de hemoglobina "A uno C" reciente fue de 7.5 o menos o una prueba de sangre en ayunas fue de 140 o menos de promedio.

El último año, ¿ha tenido [usted/(SP)] hipoglicemia, llamada algunas veces azúcar bajo en la sangre o reacción a una insulina?

Por favor piense acerca del episodio de hipoglicemia más grave que [usted/(SP)] ha tenido el último año. ¿Pudo [usted/(SP)] darse tratamiento a sí mismo(a) tomando alguna forma de azúcar, necesitó [usted/(SP)] que otra persona le diera tratamiento o necesitó [usted/(SP)] tratamiento en un hospital? [EXPLAIN IF NECESSARY: Tratamiento en un hospital incluye tratamiento en la sala de urgencias o el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o ser admitido(a) en un hospital como paciente interno.]

¿Ha tenido [usted/(SP)] alguna vez algún problema con los pies como resultado de su diabetes?

¿Tiene [usted/(SP)] actualmente algún problema con los pies como resultado de su diabetes?

Las personas con diabetes pueden desarrollar muchos diferentes problemas de los pies. Por favor dígame si alguna vez le ha dicho un médico a [usted/(SP)] que tenía alguno de los siguientes problemas con los pies debido a la diabetes. ¿Le ha dicho alguna vez un médico a [usted/(SP)] que tenía...

a. neuropatía o daño del nervio, lo cual causa adormecimiento de los pies,

Las personas con diabetes pueden desarrollar muchos diferentes problemas de los pies. Por favor dígame si alguna vez le ha dicho un médico a [usted/(SP)] que tenía alguno de los siguientes problemas con los pies debido a la diabetes. ¿Le ha dicho alguna vez un médico a [usted/(SP)] que tenía...

b. mala circulación o flujo de la sangre en el pie,

Las personas con diabetes pueden desarrollar muchos diferentes problemas de los pies. Por favor dígame si alguna vez le ha dicho un médico a [usted/(SP)] que tenía alguno de los siguientes problemas con los pies debido a la diabetes. ¿Le ha dicho alguna vez un médico a [usted/(SP)] que tenía...

c. úlceras en los pies o

Las personas con diabetes pueden desarrollar muchos diferentes problemas de los pies. Por favor dígame si alguna vez le ha dicho un médico a [usted/(SP)] que tenía alguno de los siguientes problemas con los pies debido a la diabetes. ¿Le ha dicho alguna vez un médico a [usted/(SP)] que tenía...

d. callosidades, infecciones u otro cambio de la piel que afectara los pies?

¿Tiene [usted/(SP)] algún problema con los ojos como resultado de su diabetes?

¿Ha tenido [usted/(SP)] alguna vez algún problema con los riñones como resultado de su diabetes? [EXPLAIN IF NECESSARY: Esto se determina mediante una prueba para detectar proteína en la orina.]

¿Tiene [usted/(SP)] actualmente algún problema con los riñones como resultado de su diabetes? [EXPLAIN IF NECESSARY: La prueba se hace examinando la proteína en la orina.]

¿Le ha dicho un médico a [usted/(SP)] alguna vez que tenía enfermedad crónica del riñón?

¿Ha participado [usted/(SP)] alguna vez en un curso o clase de autocontrol de la diabetes, o ha recibido capacitación especial sobre cómo usted puede controlar su diabetes?

¿Cuándo fue la vez más reciente que [usted/(SP)] participó en un curso o clase de autocontrol de la diabetes, o recibió capacitación especial sobre cómo usted puede controlar su diabetes?

¿Cuánto cree usted que sabe acerca de controlar su diabetes? ¿Sabe casi todo lo que necesita saber, la mayoría de lo que necesita saber, algo de lo que necesita saber, un poco de lo que necesita saber o casi nada de lo que necesita saber acerca de controlar su diabetes?

Antes de hoy, ¿sabía usted que Medicare ahora ayuda a pagar el costo de los materiales para las pruebas de diabetes y educación de autocontrol para las personas con diabetes?

[Tengo anotado que a [usted/(SP)] nunca le ha dicho un médico que tiene diabetes.] ¿Le han hecho alguna vez a [usted/(SP)] una prueba de sangre para ver si tiene diabetes?

¿Cuándo fue la vez más reciente que a [usted/(SP)] le hicieron una prueba de sangre para la diabetes?

Antes de hoy, ¿sabía usted que hay una prueba de sangre para determinar si una persona tiene diabetes?

¿Le ha dicho alguna vez a [usted/(SP)] un médico u otro profesional de salud que tiene un alto riesgo de contraer diabetes?

Durante el último año, ¿ha recibido [usted/(SP)] alguna información acerca de los signos, síntomas, o factores de riesgo de la diabetes?

Ahora quisiera hablar de otro tipo de enfermedad, el cáncer colorrectal o del colon, una enfermedad del intestino grueso.. Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez del cáncer colorrectal o del colon?

La prueba de sangre oculta en la materia fecal es una prueba simple para detectar los primeros signos de cáncer del colon. Esta detecta trazas invisibles de sangre que se encuentran en la materia fecal. El médico u otro profesional de salud le pueden dar al paciente los materiales necesarios para recolectar muestras de materia fecal en el hogar del paciente. La muestra se manda entonces a un laboratorio para la prueba para determinar los resultados. ¿Le ha dado a [usted/(SP)] un médico u otro profesional de salud los materiales necesarios para hacer en el hogar la prueba para detectar la sangre en la materia fecal?

¿Ha oído hablar alguna vez de estos materiales para hacer la prueba en el hogar?

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha hecho a [usted/(SP)] la prueba de sangre oculta en la materia fecal mientras estaba en el consultorio del médico?

¿Completó [usted/(SP)] las muestras y las envió para su más reciente prueba?

¿Cuándo se hizo [usted/(SP)] la más reciente prueba para detectar la sangre en la materia fecal (usando los materiales necesarios para hacerla en el hogar)?

Otra prueba para detectar los primeros signos de cáncer al colon se hace en el consultorio del médico. El médico usa un tubo flexible iluminado para examinar el colon y el recto directamente. Esto se llama una sigmoidoscopia o colonoscopia. ¿Le han hecho a [usted/(SP)] esta prueba alguna vez?

¿Cuándo le hicieron a [usted/(SP)] su más reciente sigmoidoscopia o colonoscopia?

Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez de una sigmoidoscopia o colonoscopia?

¿Le ha recomendado un médico alguna vez a [usted/(SP)] que se haga esta prueba?

Antes de hoy, ¿sabía que Medicare ahora paga los costos de las pruebas de detección del cáncer colorrectal?

Ahora quisiera hablarle acerca de una enfermedad llamada osteoporosis, la cual puede ser tratada si se descubre temprano. En la osteoporosis, los huesos pierden el calcio y se ponen frágiles y se rompen más fácilmente.

¿Ha hablado [usted/(SP)] alguna vez con su médico u otro profesional de salud acerca de la osteoporosis?

¿Le ha dicho a [usted/(SP)] alguna vez un médico u otro profesional de salud que está en alto riesgo de osteoporosis?

¿Ha tenido [usted/(SP)] una fractura alguna vez que el médico le haya dicho que estaba relacionada con la osteoporosis?

Hay una prueba para detectar la osteoporosis en una etapa temprana, llamada Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso, o escáner DEXA. ¿Le han hecho a [usted/(SP)] alguna vez una prueba de Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso?

Antes de hoy, ¿había oído alguna vez de esta prueba?

¿Cuándo fue la vez más reciente que le hicieron a [usted/(SP)] una prueba de medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso?

Antes de hoy, ¿sabía usted que Medicare pagaría por las pruebas de Medida de la Masa del Hueso o Medida de la Densidad del Hueso de beneficiarios que estén en riesgo de contraer osteoporosis?

A continuación le voy a preguntar acerca de [sus necesidades de cuidado de salud/las necesidades de cuidado de salud de (SP)] durante el último año. Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿ha tenido [usted/(SP)] algún problema para conseguir el cuidado de salud que quería o necesitaba?

¿Por qué fue eso? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Por qué fue eso? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿le han dicho a [usted/(SP)] en el consultorio de un médico que no le podían dar una cita?

¿Cuáles fueron las razones que le dieron en el consultorio del médico como explicación para no darle una cita a [usted/(SP)]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Cuáles fueron las razones que le dieron en el consultorio del médico como explicación para no darle una cita a [usted/(SP)]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Le explicaron en el consultorio del médico por qué (es difícil para los pacientes de Medicare conseguir cita/no se acepta Medicare) en ese consultorio médico?

¿Cuál fue esa explicación?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿se ha demorado [usted/(SP)] en buscar cuidado médico debido a que estaba preocupado(a) por el costo?

Ahora le voy a preguntar acerca de algunas actividades de todos los días y si [usted/(SP)] tiene dificultad para hacerlas por sí mismo(a).

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... usar el teléfono?

[Usted dijo que usar el teléfono es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)?

[Usted dijo que hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana) es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar los pisos o limpiar las ventanas)?

[Usted dijo que hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar los pisos o limpiar las ventanas es algo que [usted/(SP)] no hace.) ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... preparar sus propias comidas

[Usted dijo que preparar sus propias comidas es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas)?

[Usted dijo que comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas) es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)?

[Usted dijo que administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas) es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil usar el teléfono./Usted dijo que usar el teléfono es algo que [usted/(SP)] no hace.] [¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... usar el teléfono?]

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para usar el teléfono. ¿Quién le da esa ayuda?



[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)./Usted dijo que hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana) es algo que [usted/(SP)] no hace.]] [¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana)?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para hacer trabajo liviano de la casa (tal como lavar los platos, arreglar la casa, o hacer limpieza liviana). ¿Quién le da esa ayuda?

[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar los pisos o limpiar las ventanas./Usted dijo que hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar los pisos o limpiar las ventanas es algo que [usted/(SP)] no hace.]] [¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas)?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para hacer trabajo de casa pesado (tal como cepillar pisos o limpiar ventanas). ¿Quién le da esa ayuda?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil preparar sus propias comidas./Usted dijo que preparar sus propias comidas es algo que [usted/(SP)] no hace.]] [¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... preparar sus propias comidas?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para preparar sus propias comidas. ¿Quién le da esa ayuda?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas)./Usted dijo que comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas) es algo que [usted/(SP)] no hace.]] [¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas)?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para comprar artículos de uso personal (tal como artículos de higiene o medicinas). ¿Quién le da esa ayuda?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)./Usted dijo que administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas) es algo que [usted/(SP)] no hace.]]  
[¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para... administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas)?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para para administrar dinero (tal como mantener información de los gastos o pagar las cuentas). ¿Quién le da esa ayuda?

Ahora le voy a preguntar acerca de algunas otras actividades de todos los días. Quisiera saber si [usted/(SP)] tiene alguna dificultad para hacer cada una por sí mismo(a) y sin equipo especial.

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... bañarse o ducharse?

[Usted dijo que bañarse o ducharse es algo que [usted/(SP)] no hace.] ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... vestirse?

Usted dijo que vestirse es algo que [usted/(SP)] no hace. ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... comer?

Usted dijo que comer es algo que [usted/(SP)] no hace. ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... levantarse de la cama o pararse de sillas?

Usted dijo que levantarse de la cama o pararse de sillas es algo que [usted/(SP)] no hace. ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... Caminar?

Usted dijo que caminar es algo que [usted/(SP)] no hace. ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

Debido a un problema de salud o físico, ¿tiene [usted/(SP)] alguna dificultad para... usar el (inodoro/excusado)?

Usted dijo que usar el (inodoro/excusado) es algo que [usted/(SP)] no hace. ¿Es esto debido a un problema de salud o físico?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil bañarse o ducharse./Usted dijo que bañarse o ducharse es algo que [usted/(SP)] usted no hace.]] ¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para bañarse o ducharse?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para bañarse o ducharse? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene al baño para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a bañarse o ducharse?

¿Cuánto tiempo hace que ha necesitado [usted/(SP)] ayuda para bañarse o ducharse? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía [usted/(SP)] necesitará ayuda para bañarse o ducharse?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil vestirse./Usted dijo que vestirse es algo que [usted/(SP)] no hace.]] ¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para vestirse?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para vestirse? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a su dormitorio para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a vestirse?

¿Cuánto tiempo hace que [usted/(SP)] ha necesitado ayuda para vestirse? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará [usted/(SP)] ayuda para vestirse?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] hace comer difícil./Usted dijo que comer es algo que [usted/(SP)] no hace.]] ¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para comer?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para comer? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a comer?

¿Cuánto tiempo hace que [usted/(SP)] ha necesitado ayuda para comer? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará [usted/(SP)] ayuda para comer?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil levantarse de la cama o pararse de sillas./Usted dijo que levantarse de la cama o pararse de sillas es algo que [usted/(SP)] no hace.]] ¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para levantarse de la cama o pararse de sillas?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a levantarse de la cama o pararse de sillas?

¿Cuánto tiempo hace que [usted/(SP)] ha necesitado ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará [usted/(SP)] ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas?

[[Usted dijo que [su salud/la salud de (SP)] le hace difícil caminar./Usted dijo que caminar es algo que [usted/(SP)] no hace.]] ¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para caminar?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para caminar? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda o viene a la habitación para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a caminar?

¿Cuánto tiempo hace que [usted/(SP)] ha necesitado ayuda para caminar? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará [usted/(SP)] ayuda para caminar?

[[Usted dijo que [su salud/la salud (SP)] le hace difícil usar el (inodoro/excusado)./Usted dijo que usar el (inodoro/excusado) es algo que [usted/(SP)] no hace.]

¿Recibe [usted/(SP)] ayuda de otra persona para usar el (inodoro/excusado)?

¿Se queda alguien normalmente cerca de [usted/(SP)] solamente por si necesita ayuda para usar el (inodoro/excusado)? [Es decir, ¿alguien normalmente se queda cerca o viene al baño para ver si necesita ayuda?]

¿Usa [usted/(SP)] equipo especial o algún aparato que le ayude a usar el (inodoro/excusado)?

¿Cuánto tiempo hace que [usted/(SP)] ha necesitado ayuda para usar el (inodoro/excusado)? ¿Ha sido esto menos de tres meses, tres meses o más pero menos de un año o un año o más?

¿Supone usted que en tres meses a partir de ahora todavía necesitará [usted/(SP)] ayuda para usar el (inodoro/excusado)?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para bañarse y ducharse. ¿Quién le da esa ayuda?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para vestirse. ¿Quién le da esa ayuda?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para comer. ¿Quién le da esa ayuda?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para levantarse de la cama o pararse de sillas. ¿Quién le da esa ayuda?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para caminar. ¿Quién le da esa ayuda?

Me dijo que [usted/(SP)] recibe ayuda para usar el (inodoro/excusado). ¿Quién le da esa ayuda?

¿Cuál de estas personas le da a [usted/(SP)] la mayor ayuda para estas cosas?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿se ha caído?

Desde (LAST HF MONTH YEAR), ¿cuántas veces se ha caído?

Pensando en la vez (más reciente) que usted se cayó, ¿se lastimó tanto que necesitó ayuda médica?

¿Qué tipo de lesión se hizo en esa caída (más reciente)?

[PROBE: ¿Algo más?]

¿Qué tipo de lesión se hizo en esa caída (más reciente)?

[PROBE: ¿Algo más?]

¿Le causó su caída (más reciente) que tuviera que limitar sus actividades regulares?

¿Cuánto tiempo le tomó volver a sus actividades regulares después de esa caída (más reciente)?

¿Cómo calificaría usted en una escala de 1 a 6 su temor de caerse, en que 1 es “No tengo ningún temor de caerme” y 6 “Tengo muchísimo temor de caerme”?

¿Sufre [usted/(SP)] de pérdida de la memoria a tal punto que interfiere con sus actividades de todos los días?

¿Tiene [usted/(SP)] problemas para tomar decisiones hasta el punto de que interfiere con sus actividades de todos los días?

¿Tiene [usted/(SP)] problema para concentrarse o mantener la atención en lo que está haciendo?

En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo se sintió [usted/(SP)] triste, infeliz, o deprimido(a)? ¿Diría que [usted/(SP)] estuvo triste o deprimido(a) todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algo del tiempo, poco tiempo, o nunca?

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido [usted/(SP)] 2 semanas o más en que perdió interés o no sintió placer por cosas que usualmente le gustan y disfruta?

Quiero preguntarle acerca de un problema de salud que es más común de lo que la gente cree. Por favor mire esta tarjeta y dígame con qué frecuencia, si alguna, desde (LAST HF MONTH YEAR) se le salió a [usted/(SP)] la orina porque no pudo controlar la vejiga.

¿Ha hablado [usted/(SP)] acerca de este problema con su médico u otro profesional médico?

¿Le ha preguntado a [usted/(SP)] su médico u otro profesional médico acerca de cómo se siente en relación a este problema?

¿Le ha examinado a [usted/(SP)] su médico u otro profesional médico para comprender por qué se le sale la orina?

¿Ha hablado con [usted/(SP)] su médico u otro profesional médico acerca de tomar medicina o hacerle cirugía para este problema?

Tenemos anotado que un médico le ha dicho a usted que tenía hipertensión, llamada también alta presión sanguínea.

¿Le dijeron a usted en dos o más visitas médicas diferentes que usted tenía alta presión sanguínea o hipertensión?

[EXPLIQUE SI ES NECESARIO: Tenemos interés en saber si su presión sanguínea estaba alta más de una vez que se la tomaron.

¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron la primera vez que tenía hipertensión o alta presión sanguínea?

¿Qué edad tenía usted cuando le dijeron la primera vez que tenía hipertensión o alta presión sanguínea?

Debido a su alta presión sanguínea, ¿está usted ahora midiéndose la presión sanguínea en su hogar?

Debido a su alta presión sanguínea, ¿está usted ahora tomando medicinas recetadas para su alta presión?

Usted mencionó que durante el último año en un mes típico usted no tomó alcohol. ¿Fue eso debido a su alta presión sanguínea? ¿Ha reducido el consumo de alcohol debido a su alta presión sanguínea?

¿Cuánto tiempo hace que le han estado tratando su alta presión sanguínea con medicinas recetadas?

¿Cuánto tiempo hace que le han estado tratando su alta presión sanguínea con medicinas recetadas?

¿Cuántas diferentes medicinas recetadas toma para su alta presión sanguínea?

¿Con qué frecuencia tiene usted problemas de efectos secundarios de su(s) medicina(s) para la alta presión sanguínea? Por favor dígame si siempre, algunas veces, o nunca tiene problemas de efectos secundarios. [EXPLIQUE SI ES NECESARIO: Por “efectos secundarios” quiero decir si la medicina le causa algún efecto tal como fatiga, dolor de cabeza, o tos.

Los médicos frecuentemente recomiendan cambios en el estilo de vida, tal como cambiar de dieta, o hacer ejercicios en forma regular para controlar la presión sanguínea alta.

¿Qué tan seguro(a) está de poder seguir estas recomendaciones? ¿Diría usted que tiene mucha seguridad, seguridad, alguna seguridad, o no tiene ninguna seguridad?

¿Tiene usted dificultades para pagar por las medicinas que su médico le receta para la presión sanguínea?

¿Ha dejado de tomar su medicina, tomado menos medicina de la recetada, o compartido una medicina con alguna otra persona debido al costo de la medicina?

Además de lo que usted acaba de mencionar, Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted ayuda en el hogar de algún (otro) profesional de la salud o médico, tal como los anotados en esta tarjeta? [Profesionales de la salud incluye enfermera (enfermera visitadora, enfermera privada, etc.), médico, trabajador social, terapeuta, y trabajador de hospicio.]

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

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

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

¿Para quién trabaja (PROVIDER NAME), es decir, para qué lugar u organización? PROBE: ¿O (PROVIDER NAME) trabaja por cuenta propia?

¿Para quién trabaja (PROVIDER NAME), es decir, para qué lugar u organización? [PROBE: ¿A quién llamaría usted si (PROVIDER NAME) no se presentara?]

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

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

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

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

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

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

Entre (REFERENCE DATE) y hoy, ¿cuántas veces (ha venido/vino) al hogar (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) para ayudarle a usted? Recuerde incluir a todos los proveedores de cuidado de salud en el hogar de (PROVIDER NAME).

Entre (REFERENCE DATE) y hoy, ¿cuántas veces (ha venido/vino) al hogar (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) para ayudarle a usted? Recuerde incluir a todos los proveedores de cuidado de salud en el hogar de (PROVIDER NAME).

Hablando en términos generales, ¿cuánto tiempo se (queda/quedó) con usted [(PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME)]? [INCLUYA EL TIEMPO HACIENDO COMPRAS O MANDADOS] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

Hablando en términos generales, ¿cuánto tiempo se (queda/quedó) con usted [(PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME)]? [INCLUYA EL TIEMPO HACIENDO COMPRAS O MANDADOS] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]



Hablando en términos generales, ¿cuánto tiempo se (queda/quedó) con usted [(PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME))]? [INCLUYA EL TIEMPO HACIENDO COMPRAS O MANDADOS] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) proporcionándole algún tratamiento médico o de enfermería, tal como las cosas que aparecen en esta tarjeta? ["TRATAMIENTO MÉDICO O DE ENFERMERÍA" SIGNIFICA COSAS TALES COMO PONER VENDAS O VENDAJES ESTERILIZADOS, DAR MEDICAMENTOS, TOMAR LA PRESIÓN SANGUÍNEA, PONER VACUNAS O INYECCIONES.] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME /alguien de (PROVIDER NAME) con cosas que (necesita/necesitaba) hacer a diario como las que aparecen en esta tarjeta? ["AYUDA CON COSAS QUE NECESITA HACER A DIARIO" SIGNIFICA AYUDA PARA USAR EL TELÉFONO, HACER QUEHACERES DOMÉSTICOS, PREPARAR COMIDAS.] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

Hablando en términos generales, ¿le (ayuda/ayudó) (PROVIDER NAME)/alguien de (PROVIDER NAME) con su cuidado personal haciendo cosas tales como las que aparecen en esta tarjeta? ["AYUDA CON EL CUIDADO PERSONAL" SIGNIFICA AYUDA PARA BAÑARSE, DUCHARSE, VESTIRSE, COMER, CAMINAR, USAR EL EXCUSADO O INODORO.] [PROBE: Sólo necesitamos saber en general.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido ayuda usted en su hogar de algún otro profesional de la salud? Aparte de las personas que le han visitado de (PROVIDER NAME) [o de la(s) otra(s) persona(s) de quien(es) hemos hablado], ¿ha recibido usted ayuda en su hogar de algún otro profesional de la salud desde (REFERENCE DATE)? [NO INCLUYA A NINGUNA OTRA PERSONA QUE HAYA VENIDO DE LA MISMA ORGANIZACIÓN/AGENCIA ANOTADA ABAJO]

(Además de lo que ya ha mencionado,) Desde (REFERENCE DATE), debido a problemas de salud ¿ha recibido usted algún cuidado personal o ayuda con cosas que necesitaba hacer a diario en el hogar de alguna (otra) persona que no (vive/vivía) con usted, incluyendo asistentes para servicios de salud en el hogar, amas de casa, amigos, vecinos o parientes?

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

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

¿Cuál es la relación o parentesco de (PROVIDER NAME) con usted?

¿Cuál es la relación o parentesco de (PROVIDER NAME) con usted?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado personal o ayuda con cosas que necesitaba hacer a diario en el hogar de alguna otra persona que no (vive/vivía) con usted?

Aparte de las personas que le han visitado a usted de (PROVIDER NAME), desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado personal o ayuda con cosas que necesitaba hacer a diario en el hogar de alguna otra persona que no (vive/vivía) con usted? [NO INCLUYA A NINGUNA OTRA PERSONA QUE HAYA VENIDO DE LA MISMA ORGANIZACIÓN/AGENCIA ANOTADA ABAJO]

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

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

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

Las siguientes preguntas son acerca de sus beneficios de seguros de salud. En esta tarjeta están los tipos de seguro de salud de los cuales le estaré preguntando. Por favor, consulte esta tarjeta mientras hablamos acerca de la cobertura de su seguro de salud. [EXPLAIN IF NECESSARY: Preguntamos acerca la cobertura del seguro de cuidado de salud porque es importante comprender cómo los beneficiarios cubren los costos de su cuidado médico, tales como las visitas a los médicos, recetas médicas y estadías en hospitales

Como posiblemente usted sepa, Medicare le permite a los beneficiarios en ciertas partes del país inscribirse en planes Medicare Advantage, tales como HMOs (Organización de Mantenimiento de la Salud), y PPO (Organización de Proveedores Preferidos), para recibir su cuidado de salud cubierto por Medicare. De acuerdo a los archivos de Medicare, usted está actualmente inscrito(a) en un plan Medicare Advantage llamado (CMS MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME). ¿Es correcta esta información?

¿De qué manera es incorrecta esta información?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura de (CMS MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura de (CMS MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

En muchos planes Medicare Advantage, tales como HMOs o PPOs, el plan de salud le da a los pacientes una lista de médicos de la cual ellos escogen un médico de cuidado primario. Este médico de cuidado primario provee el cuidado médico habitual y si es necesario puede remitir al paciente a un especialista. ¿Tiene usted un médico de cuidado primario?

¿Es posible que su plan de seguro actual sea simplemente otro nombre para (CMS MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), o no son el mismo plan?

¿Cuál es el nombre del plan Medicare Advantage que le proporciona su cuidado de salud?

¿Se refiere usted a su cobertura de Medicare por algún otro nombre además de Medicare?

¿Cómo llama usted su cobertura?

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME).

¿Está usted cubierto(a) ahora por (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió la cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió la cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado cubierto(a) usted por algún otro plan Medicare Advantage además de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN)?

Como posiblemente usted sepa, Medicare le permite a los beneficiarios de ciertas partes del país inscribirse en planes Medicare Advantage, tales como HMOs (Organización de Mantenimiento de la Salud), y PPO (Organización de Proveedores Preferidos), para recibir su cuidado de salud cubierto por Medicare. Por favor mire esta tarjeta. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en o cubierto(a) por (uno de estos/algún) plan Medicare Advantage?

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) por o inscrito(a) en un plan Medicare Advantage?

¿Cuál es el nombre del plan Medicare Advantage que le cubre a usted actualmente?

¿[Tiene usted/(SP)/Tenía (SP)] cobertura para recetas médicas a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? [PROBE: Le estoy preguntando sobre el tipo de cobertura de seguro que [usted/(SP) tiene/(SP) tenía] personalmente, no lo que el plan le ofrece a todos.]

¿Tiene usted cobertura dental a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Tiene usted cobertura para la vista a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), es decir, para (espejuelos/anteojos) o lentes de contacto?

¿[Incluye su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)/Incluye/Incluía el (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) de (SP)] cuidado en un hogar de ancianos/"Nursing Home" por sobre y más allá de lo que Medicare cubre normalmente? [EXPLAIN IF NECESSARY: Bajo el "pago por servicio" regular, Medicare limita el pago de instituciones de cuidado con enfermeras capacitadas ("SNF") durante un período de beneficio. En 2013, los primeros 20 días se pagan completos y en los siguientes 80 días se requiere un deducible de hasta \$148.00 al día.]

Además del costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿(hay/hubo) algún costo adicional por su cobertura de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ninguna cantidad que usted haya pagado como copago por una visita médica o por una medicina recetada. [EXPLAIN IF NECESSARY: Algunos planes de cuidado administrado posiblemente cobren una prima mensual para cubrir los costos de los deducibles y coseguro de los servicios cubiertos por Medicare o porque ellos proveen servicios que no están cubiertos por Medicare tales como recetas médicas, exámenes de rutina, servicio dental, de la vista o audición. Los planes que tienen primas típicamente cobran desde \$50 hasta \$75 al mes.]

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál (es/era) la cantidad adicional que usted (paga/pagaba) por la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad (que pueda ser/que haya sido) pagada por alguna otra persona que no sea usted. [PROBE IF NECESSARY: ¿Es esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál (es/era) la cantidad adicional que usted (paga/pagaba) por la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad (que pueda ser/que haya sido) pagada por alguna otra persona que no sea usted. [PROBE IF NECESSARY: ¿Es esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál (es/era) la cantidad adicional que usted (paga/pagaba) por la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad (que pueda ser/que haya sido) pagada por alguna otra persona que no sea usted. [PROBE IF NECESSARY: ¿Es esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿(Paga/Pagó) alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción del costo adicional de la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Quién más (paga/pagó) por todo o alguna porción del costo adicional de la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Quién más (paga/pagó) por todo o alguna porción del costo adicional de la cobertura de su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado cubierto(a) por algún otro plan Medicare Advantage?

¿Qué otro/¿Qué] plan Medicare Advantage le proporcionó cuidado de salud a usted desde (REFERENCE DATE)?

¿Le recomendaría (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) a su familia o amigos?

¿Cuántos años ha estado usted inscrito(a) en un plan de cuidado administrado?

¿Cuántos años ha estado usted inscrito(a) en un plan de cuidado administrado?

Medicaid (, conocido también como [READ FROM ABOVE],) es un programa del estado para personas de bajos ingresos o para personas que están recibiendo asistencia pública. Algunas veces las personas que tienen demasiados gastos médicos también están cubiertas por Medicaid. Las personas que están cubiertas por Medicaid generalmente tienen una tarjeta que se parece a ésta.

Algunas personas reciben sus beneficios de Medicaid de planes que tienen nombres como aquellos anotados en esta tarjeta.

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por Medicaid?

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por Medicaid, conocido también como (READ FROM ABOVE). ¿Estuvo cubierto(a) usted por Medicaid todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy o sólo parte del tiempo?

¿Está cubierto(a) usted ahora por Medicaid?

¿En qué fecha entre (REFERENCE DATE) y hoy comenzó su Medicaid?

¿En qué fecha entre (REFERENCE DATE) y hoy comenzó su Medicaid?

¿En qué fecha entre (REFERENCE DATE) y hoy comenzó su Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

#### USE ENGLISH TEXT

1

Algunas personas que reciben beneficios de Medicaid también están inscritas en un plan de Medicare para Recetas Médicas o plan Parte D de Medicare, que paga por algunas o todas sus recetas médicas. El programa Medicare automáticamente inscribe a tales beneficiarios en un plan para Recetas Médicas de Medicare, aunque el beneficiario puede escoger cambiarse a un plan de medicinas diferente. En algún momento, desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubre medicinas recetadas por un médico?

¿Está usted (actualmente ) cubierto(a) por o inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas?

¿Cuál es el nombre del plan de Medicare para Recetas Médicas que actualmente le cubre a usted?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

[PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya los planes de Medicare para Recetas Médicas en que usted fue automáticamente inscrito(a) a través de Medicaid así como también los planes en que usted se inscribió por su cuenta.]

Por favor dígame el nombre (del otro plan/de todos los planes) de Medicare para Recetas Médicas en que usted ha estado inscrito(a) desde (REFERENCE DATE) [además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)]. [PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya los planes de Medicare para Recetas Médicas en que usted fue automáticamente inscrito(a) a través de Medicaid así como también los planes en que usted se inscribió por su cuenta.]

¿(Cubre/Cubría) su plan de Medicaid medicinas recetadas por un médico?

Como usted (posiblemente) sepa, el Departamento de Defensa auspicia un programa de servicios de salud administrado regionalmente llamado TRICARE para miembros activos y jubilados de las Fuerzas Armadas uniformadas, sus familias, y sus sobrevivientes. Por favor mire esta tarjeta. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en o cubierto(a) por alguno de esos planes de TRICARE? [EXPLAIN IF NECESSARY: Usted debe haber recibido una tarjeta de consulta que se parece a ésta (BACK OF SHOWCARD HIT1)].

Al momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por TRICARE. ¿Estuvo cubierto (a) por TRICARE todo el tiempo desde (REFERENCE DATE) y hoy, o sólo parte del tiempo?

¿Está cubierto(a) ahora por TRICARE?

¿Cubre su plan TRICARE medicinas recetadas por un médico? [PROBE: Le estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted personalmente tiene, no lo que el plan le ofrece a todas las persona.]

¿Dónde obtiene usted normalmente sus medicinas? ¿Las obtiene normalmente en una farmacia TRICARE que manda pedidos por correo (TMOP), una farmacia de la red de TRICARE que vende al detalle (TRRx), una farmacia de una institución militar que proporciona tratamiento (MTF), una farmacia que no es de la red de TRICARE que vende al detalle, o algún otro lugar?



¿Dónde obtiene usted normalmente sus medicinas? ¿Las obtiene normalmente en una farmacia TRICARE que manda pedidos por correo (TMOP), una farmacia de la red de TRICARE que vende al detalle (TRRx), una farmacia de una institución militar que proporciona tratamiento (MTF), una farmacia que no es de la red de TRICARE que vende al detalle, o algún otro lugar?

[Tenemos anotado que usted sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos.] Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado de salud, servicios de cuidado de salud o recetas médicas en una Instalación Militar para Tratamiento o “MTF”? [EXPLAIN IF NECESSARY: Una Instalación de Militar para Tratamiento o “MTF” es cualquier hospital militar, clínica, o clínica NAVCARE.]

Tenemos anotado que usted sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos. Desde (REFERENCE DATE), ¿ha recibido usted cuidado de salud, servicios de cuidado de salud o recetas médicas a través del Departamento de Asuntos de Veteranos, AV?

La siguientes preguntas son acerca de los planes públicos por los que usted ha estado cubierto(a) desde (REFERENCE DATE).

USE ENGLISH TEXT

1

En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún programa público distinto a Medicaid que pague por cuidado médico [por ejemplo, un programa público que pague por recetas médicas/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM), un programa público que pague por recetas médicas/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM1) o (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM2)/por ejemplo (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM1), (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM2), o (STATE PHARMACEUTICAL ASSISTANCE PROGRAM3), programas públicos que paguen por recetas médicas]?

¿Cuál es el nombre de cada uno de los programas públicos distintos a Medicaid que le cubriría a usted?

USE ENGLISH TEXT

1

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (PUBLIC PLAN NAME). ¿Estuvo usted cubierto(a) por (PUBLIC PLAN NAME) todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy, o sólo parte del tiempo?

¿Está cubierto(a) usted ahora por (PUBLIC PLAN NAME)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En qué fecha comenzó su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En qué fecha comenzó su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En que fecha desde (REFERENCE DATE) terminó (más recientemente/la última vez) su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME)?

¿En que fecha desde (REFERENCE DATE) terminó (más recientemente/la última vez) su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME)?

¿En que fecha desde (REFERENCE DATE) terminó (más recientemente/la última vez) su cobertura de (PUBLIC PLAN NAME)?

¿(Cubre/Cubría) su plan (PUBLIC PLAN NAME) medicinas recetadas por un médico?

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME). ¿Está cubierto(a) ahora por (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura a través de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura a través de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME CURRENT LAST ROUND)?

Los beneficiarios de Medicare pueden recibir cobertura de seguro para recetas médicas a través de los planes de Medicare para Recetas Médicas. Estos planes también se llaman planes "Parte D de Medicare". En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubría medicinas recetadas por un médico?

Usted mencionó que no ha estado inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas asociado con su cobertura de Medicaid. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas de alguna otra manera que no sea a través de Medicaid?

Está usted (actualmente) cubierto(a) por o inscrito(a) en un Plan de Medicare para Recetas Médicas?

¿Cuál es el nombre del Plan de Medicare para Recetas Médicas que le cubre a usted actualmente?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún otro plan de Medicare para Recetas Médicas además de (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

Además de (CURRENT PRESCRIPTION DRUG PLAN) ¿qué otro/ Además de (PREVIOUS ROUND PRESCRIPTION DRUG PLAN, ¿qué otro/¿Qué plan de Medicare para Recetas Médicas cubrió sus medicinas desde (REFERENCE DATE)?

Las siguientes preguntas son acerca de los planes privados por los que usted estuvo cubierto(a) desde (REFERENCE DATE).

USE ENGLISH TEXT

1

Hemos hablado acerca de : [READ PLAN(S) LISTED ABOVE]. Ahora, quisiera preguntarle acerca de otros tipos de seguro de salud. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿ha estado usted cubierto(a) por algún (otro) seguro de salud privado, o plan de cuidado administrado privado? Por “privado” quiero decir un plan suplementario o Medigap, o un plan que sea proporcionado por un empleador anterior o actual. Tales planes cubren los costos de hospital o visitas a médicos, recetas médicas o cuidado dental.

Algunas personas que son elegibles para Medicare tienen cobertura adicional a través de una compañía privada de seguros. Algunas veces se hace referencia a esto como a Medigap o Medicare Suplementario. En algún momento desde (REFERENCE DATE), ¿tuvo usted este tipo de cobertura de seguro de salud?

¿Cuál es el nombre de cada uno de los (otros) planes privados que le (proporcionan/ proporcionaron) su cobertura de seguro médico?

USE ENGLISH TEXT

1

En el momento de la última entrevista usted estaba cubierto(a) por (PRIVATE PLAN NAME). ¿Estuvo cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) todo el tiempo entre (REFERENCE DATE) y hoy o sólo parte del tiempo?

¿Está cubierto(a) usted ahora por (PRIVATE PLAN NAME)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (REFERENCE DATE) y hoy?

¿En qué fecha desde (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿En qué fecha desde (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿En qué fecha desde (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿(Es/Era) éste un plan de cuidado administrado, tal como un HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) o PPO (Organización de Proveedores Preferidos)? [EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado generalmente proveen una variedad completa de servicios de salud por una cuota prepagada. El cuidado de salud generalmente es proporcionado por médicos de cuidado primario, especialistas, u hospitales que están en la lista de su plan (red) excepto en casos de emergencia.]

¿Quién (está/estaba) anotado como la persona principal asegurada en la póliza o contrato de (PRIVATE PLAN NAME)?

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó [usted/MIP] directamente con (la compañía de seguro/el plan de cuidado administrado), o [usted/MIP] obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de familia, AARP, o de alguna otra manera?

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó [usted/MIP] directamente con (la compañía de seguro/el plan de cuidado administrado), o [usted/MIP] obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de familia, AARP, o de alguna otra manera?

¿Cuántos miembros de la familia, incluyéndose usted mismo(a), estaban cubiertos por el plan (PRIVATE PLAN NAME) (suyo/de MIP) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué (incluye/incluía) (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted (tiene/tenía) personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿(Cubre/Cubría) recetas médicas (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

¿(Cubre/Cubría) (su plan/el plan de MIP) (PRIVATE PLAN NAME)... [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tiene/tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

b. visitas a médicos o exámenes de laboratorio

¿(Cubre/Cubría) (su plan/el plan de MIP) (PRIVATE PLAN NAME)... [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tiene/tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

c. cuidado de paciente interno en un hospital

¿(Cubre/Cubría) (su plan/el plan de MIP) (PRIVATE PLAN NAME)... [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tiene/tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

d. hogar de ancianos "nursing home" o cuidado de largo tiempo

¿(Cubre/Cubría) (su plan/el plan de MIP) (PRIVATE PLAN NAME)... [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tiene/tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.]

e. cuidado dental

¿(Paga/Pagó) [usted/MIP] alguna parte o toda la prima o costos de la cobertura del (PRIVATE PLAN NAME)? No incluya el costo de ningún deducible que [usted/MIP] o (su familia/la familia de MIP) (tenga que/haya tenido que) pagar.

¿Cuánto (paga/pagó) [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona aparte de usted.] [PROBE IF NECESSARY: ¿(Es/Era) eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿Cuánto (paga/pagó) [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona aparte de usted.]

[PROBE IF NECESSARY: ¿(Es/Era) eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿Cuánto (paga/pagó) [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona aparte de usted.]

[PROBE IF NECESSARY: ¿(Es/Era) eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿(Paga/Pagó) alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción de la prima o del costo de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

¿Quién más (paga/pagó) todo o alguna porción del costo de la póliza de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

¿Quién más (paga/pagó) todo o alguna porción del costo de la póliza de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

Algunos planes de cuidado administrado ofrecen una opción llamada "punto de servicio" la cual les permite a los miembros recibir servicios de proveedores que no son del plan aún en situaciones que no son de emergencia.

¿(Está/Estaba) usted inscrito(a) en una opción de "punto de servicio" ofrecido por (PRIVATE PLAN NAME)? [EXPLAIN IF NECESSARY: En una opción de punto de servicio, el miembro típicamente paga un copago más alto cuando ve un proveedor que no es del plan. Por ejemplo, si un miembro ve un proveedor del plan, posiblemente tenga que pagar un copago de \$10 solamente. Sin embargo, el miembro posiblemente tendrá que pagar el 20 por ciento del costo y el plan de cuidado administrado pagará 80 por ciento del costo para recibir el mismo servicio de un proveedor que no es del plan.]

Hemos hablado acerca de [READ PLAN(S) LISTED ABOVE].

¿Tiene usted cobertura médica bajo algún (otro) plan de seguro privado del que no hayamos hablado?

Aparte de los planes de los que usted ya me ha hablado, ¿tiene usted algún seguro que pague solamente por un hogar de ancianos ("Nursing Home") u otro lugar que provea cuidado de largo plazo?

Ahora me gustaría revisar con usted la información que tenemos sobre los planes de seguro de salud que usted tenía en el momento la última entrevista.

[Veamos si hay algún otro cambio que necesitemos hacer a la cobertura del seguro de salud que [usted/(SP)] tenía en (REFERENCE DATE).] [Usted/(SP)] tenía cobertura de Medicare (a través de un plan de cuidado administrado) y también estaba cubierto(a) por [READ PLAN NAMES BELOW]./La única cobertura de seguro de salud que [usted/(SP)] tenía era Medicare (a través de un plan de cuidado administrado) en (REFERENCE DATE). ¿Es correcto eso?

¿Cuál es el nombre del plan que es necesario suprimir?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Cuál es el nombre del plan que es incorrecto?  
¿Cuál es el nombre del plan por el que [usted/él/ella] ya no estaba cubierto a partir de (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó [su cobertura/la cobertura de (SP)]?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó [su cobertura/la cobertura de (SP)]?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó [su cobertura/la cobertura de (SP)]?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Qué tipo de seguro de salud es necesario añadir?  
¿Cuál es el nombre del Plan Advantage de Medicare que le cubría a usted?  
¿Estaba usted cubierto(a) por o inscrito(a) en (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

Anteriormente anoté que (PREVIOUS ROUND CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era el Plan Medicare Advantage que usted tenía en (REFERENCE DATE).  
¿Ha cambiado esta información?

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿tenía usted cobertura para recetas médicas a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? [PROBE: Le estoy preguntando sobre el tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que el plan le ofrece a todos.]

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿tuvo usted cobertura dental a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Tenía usted cobertura para la vista a través de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME), es decir, para (espeuelos/anteojos) o lentes de contacto?

¿Incluía la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) cuidado en un hogar de ancianos/"Nursing Home" sobre y más allá de lo que Medicare cubre normalmente? [EXPLAIN IF NECESSARY: Bajo el costo por servicio regular, Medicare paga por instituciones de cuidado con enfermeras capacitadas ("SNF") limitado durante un período de beneficio. En 2012, los primeros 20 días se pagan completos y en los siguientes 80 días se requiere un copago, hasta de \$144.50 al día.]

Además del costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿hubo algún costo adicional por su cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? Por favor no incluya ninguna cantidad que usted haya pagado como copago por una visita al médico o por una medicina recetada. [EXPLAIN IF NECESSARY: Algunos planes de cuidado administrado posiblemente cobren una prima mensual para cubrir los costos de los deducibles y coseguro de los servicios cubiertos por Medicare o porque ellos proveen servicios que no están cubiertos por Medicare tal como recetas médicas, exámenes de rutina, servicio dental, de la vista o audición. Los planes que tienen primas típicamente cobran desde \$50 hasta \$75 al mes.]

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál fue la cantidad adicional que usted pagó por la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad que haya sido pagada por otra persona que no haya sido usted.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]



Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál fue la cantidad adicional que usted pagó por la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad que haya sido pagada por otra persona que no haya sido usted.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

Sin incluir el costo de la prima de su Medicare Parte B, ¿cuál fue la cantidad adicional que usted pagó por la cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ningún copago ni ninguna cantidad que haya sido pagada por otra persona que no haya sido usted.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue esto al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿Pagó alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión u organización profesional todo o alguna porción del costo adicional de su cobertura de (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo adicional de su cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo adicional de su cobertura de su (MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?

¿Estuvo cubierto(a) usted por Medicaid todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

¿Estaba cubierto(a) usted por Medicaid en (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) comenzó su plan Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) comenzó su plan Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) comenzó su plan Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura de Medicaid?

Algunos estados ahora usan planes de cuidado administrado, tales como HMOs (Organizaciones de Mantenimiento de Salud) para proporcionar parte o todo el cuidado de salud a los beneficiarios de Medicaid. Al momento de la última entrevista usted estaba inscrito(a) en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid. [¿Está usted ahora/¿Estaba usted inscrito(a)] en un Plan de Cuidado Administrado de Medicaid en (MEDICAID COVERAGE STOP DATE)/la fecha en que terminó su cobertura de Medicaid?]

Algunas personas que reciben beneficios de Medicaid también están inscritas en un plan de Medicare para Recetas Médicas o plan Parte D de Medicare, que paga por algunas o todas sus recetas médicas. El programa Medicare automáticamente inscribe a tales beneficiarios en un plan para Recetas Médicas de Medicare, aunque el beneficiario puede escoger cambiarse a un plan diferente. Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿estaba usted inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas que cubrió medicinas recetadas por un médico?

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿cubría su plan de Medicaid medicinas recetadas por un médico?

¿Estuvo cubierto(a) usted por TRICARE todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

¿Estaba usted cubierto(a) por TRICARE en (REFERENCE DATE)?

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿cubría su plan TRICARE medicinas recetadas por un médico? [PROBE: Le estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted personalmente tenía, no lo que el plan le ofrecía a todas las persona.]

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿dónde obtenía usted normalmente sus medicinas? ¿Las obtenía normalmente en una farmacia TRICARE que manda los pedidos por correo (TMOP), una farmacia de la red de TRICARE que vende al detalle (TRRx), una farmacia de una institución militar que proporciona tratamiento (MTF), o una farmacia que no es de la red de TRICARE que vende al detalle, o en algún otro lugar?

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿dónde obtenía usted normalmente sus medicinas? ¿Las obtenía normalmente en una farmacia TRICARE que manda los pedidos por correo (TMOP), una farmacia de la red de TRICARE que vende al detalle (TRRx), una farmacia de una institución militar que proporciona tratamiento (MTF), o una farmacia que no es de la red de TRICARE que vende al detalle, o en algún otro lugar?

¿Cuál es el nombre del programa público que le cubría a usted?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Estuvo cubierto(a) usted por (PUBLIC PLAN NAME) todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

¿Estaba cubierto(a) usted por (PUBLIC PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura del plan (PUBLIC PLAN NAME)?

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE ) y (REFERENCE DATE), ¿cubría su plan (PUBLIC PLAN NAME) medicinas recetadas por un médico?

¿Cuál es el nombre de cada uno de los (otros) planes privados que le proporcionaron su cobertura de seguro médico entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Estuvo cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) todo el tiempo entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), o sólo parte del tiempo?

¿Estaba cubierto(a) usted por (PRIVATE PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha comenzó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿En qué fecha entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE) terminó su cobertura bajo (PRIVATE PLAN NAME)?

¿Era este un plan de cuidado administrado, tal como un HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) o PPO (Organización de Proveedores Preferidos)? [EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de cuidado administrado generalmente proveen una variedad completa de servicios de salud por una cuota prepagada. El cuidado de salud generalmente es proporcionado por médicos de cuidado primario, especialistas, u hospitales que están en la lista de su plan (red) excepto en casos de emergencia.]

¿Quién estaba anotado como la persona principal asegurada en la póliza o contrato de (PRIVATE PLAN NAME)?

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó [usted/MIP] directamente con (la compañía de seguro/el plan de cuidado administrado), o [usted/MIP] obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de familia, AARP, o de alguna otra manera?

Para el plan (PRIVATE PLAN NAME), ¿firmó [usted/MIP] directamente con (la compañía de seguro/el plan de cuidado administrado), o [usted/MIP] obtuvo este seguro a través de su empleador actual, un empleador anterior, un sindicato o unión, un negocio de familia, AARP, o de alguna otra manera?

¿Cuántos miembros de la familia, incluyéndose usted mismo(a), estaban cubiertos por el plan (PRIVATE PLAN NAME) (suyo/de MIP) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE)?

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

a. recetas médicas

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

b. visitas a médicos o exámenes de laboratorio

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

c. cuidado de paciente interno en un hospital

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

d. hogar de ancianos  
“nursing home” o cuidado  
de largo tiempo

Los planes de seguro suplementario pueden cubrir una variedad de servicios o pueden ser específicos para ciertos servicios solamente, tales como recetas médicas o cobertura dental. Quisiera saber qué incluía (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME) entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE). [PROBE: Estoy preguntando acerca del tipo de cobertura de seguro que usted tenía personalmente, no lo que se le ofrece a todas las personas.] ¿Cubría (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)...

e. cuidado dental

¿Hubo una prima o costo por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [No incluya el costo de ningún deducible que usted o su familia haya tenido que pagar.]

¿Cuánto pagó [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿Cuánto pagó [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

¿Cuánto pagó [usted/MIP] por la cobertura de (PRIVATE PLAN NAME)? [Por favor no incluya ninguna cantidad que pague alguna otra persona.] [PROBE IF NECESSARY: ¿Fue eso al año, al mes, a la semana, o con qué frecuencia?]

Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿pagó alguna otra persona, tal como un empleador, un sindicato o unión o una organización profesional toda o parte de la prima o costos de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

¿Quién más pagó todo o alguna porción del costo de (su cobertura/la cobertura de MIP) de (PRIVATE PLAN NAME)?

Algunos planes de cuidado administrado ofrecen una opción de “punto de servicio” que les permite a los miembros recibir servicios de un proveedor que no es del plan aún si la situación no es de emergencia. Entre (SUMMARY REFERENCE DATE) y (REFERENCE DATE), ¿estuvo inscrito usted en una opción de “punto de servicio” ofrecido por (PRIVATE PLAN NAME)? [EXPLAIN IF NECESSARY: En una opción de punto de servicio, el miembro típicamente paga un copago más alto cuando ve un proveedor que está fuera del plan. Por ejemplo, si un miembro ve un proveedor del plan, posiblemente tenga que pagar un copago de \$ 10 solamente. Sin embargo, para recibir el mismo servicio de un proveedor fuera del plan, el miembro posiblemente tendrá que pagar el 20 por ciento del costo y el plan pagará 80 por ciento del costo por recibir el mismo servicio de un proveedor fuera del plan.]

¿Cuál es el nombre del plan de Medicare para Recetas Médicas que le cubría a usted?

¿Estaba usted cubierto(a) o inscrito(a) en (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME) en (REFERENCE DATE)?

Anteriormente anoté que (PREVIOUS ROUND MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME) era el Plan Medicare para Recetas Médicas que usted tenía en (REFERENCE DATE). ¿Ha cambiado esta información?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

¿Cuál es la razón más importante por la que usted suspendió su cobertura de (MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)?

Eso cubre el seguro de salud que usted tenía en el momento de la última entrevista. Las siguientes preguntas son acerca de su cobertura de seguro entre (REFERENCE DATE) y hoy.

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

Ahora tengo algunas preguntas sobre el ingreso y otras fuentes financieras del (PREVIOUS YEAR) de (usted/usted y su esposo(a)). Al igual que toda la información recolectada para MCBS, esta información es confidencial y está protegida por la Ley de privacidad de 1974. Sus respuestas serán combinadas con aquellas de otras personas entrevistadas, y sus beneficios de Medicare no se afectarán de ninguna manera por sus respuestas a estas preguntas.

Como explica el folleto, sus respuestas a estas preguntas nos pueden ayudar a determinar el impacto del ingreso en su uso y acceso al cuidado de salud. Le haré una serie de preguntas sobre el ingreso y otras fuentes financieras (suyas/suyas y de su esposo(a)). Primero, le preguntaré si (usted tiene/usted y su esposo(a)) tienen) algunos tipos de ingreso en particular u otros recursos financieros. Todas estas preguntas se pueden contestar con un "sí" o un "no". Después, le pediré que calcule (su ingreso total/el ingreso total de ustedes). [Por favor conteste todas las preguntas para (usted/usted y su esposo(a)).] Por favor siéntase libre de consultar cualquier información o a otra persona que pueda ser de ayuda para usted.

El (PREVIOUS YEAR), ¿(recibió usted/recibieron usted/usted y su esposo(a))...

a. pagos del Seguro Social y de Jubilación de Ferroviarios?

[READ IF NECESSARY: Los cheques del Seguro Social se depositan automáticamente en el banco o se envían por correo para que lleguen normalmente el día 3 de cada mes.]

El (PREVIOUS YEAR), ¿(recibió usted/recibieron usted/usted y su esposo(a))...

b. Seguro de Ingreso Suplementario, al cual también se le llama "SIS", o Seguro de Seguridad Social por Discapacidad, llamado también "SSDI" por sus siglas en inglés?

El (PREVIOUS YEAR), ¿(recibió usted/recibieron usted/usted y su esposo(a))...

c. pagos por discapacidad (aparte del Seguro Social y "SSDI" y Jubilación de Ferroviarios)?



El (PREVIOUS YEAR), ¿(recibió usted/recibieron usted/usted y su esposo(a))...

d. alguna jubilación, pensión o anualidad como sobreviviente (aparte del Seguro Social y Jubilación de Ferroviarios)?

El año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

e. (trabajó/trabajaron) en un empleo o negocio pagado? Es decir, recibió ingresos [usted/usted o su esposo(a)] por trabajar para un empleador o trabajar por cuenta propia, tal como propietario de un negocio, práctica profesional, o finca?

El año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

f. (recibió/recibieron) algún ingreso de asistencia pública o bienestar de la oficina de bienestar estatal o local. Por favor incluya Ayuda a Familias con Niños Dependientes o AFND/ADC, Ayuda Temporera a Familias Necesitadas o TANF, o (cheques/cupones/sellos/estampillas) de alimento?

El año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

g. (recibió/recibieron) ayuda financiera de familiares o amigos?

El año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

h. (cambió o retiró/cambiaron o retiraron) fondos de Cuentas de Ahorro de Retiro Independiente ("IRA"), Keogh o 401K, u otra cuenta de ahorros de retiro el (PREVIOUS YEAR)?

El (PREVIOUS YEAR), (usted/usted y su esposo(a))...

i. ¿(recibió/recibieron) dividendos de inversiones en acciones o fondos mutuos u otras inversiones,

El (PREVIOUS YEAR), (usted/usted y su esposo(a))...

j. (recibió/recibieron) una suma global o algún pago total de una sola vez tal como un seguro de vida o de liquidación de pensión, herencia, o ganancias del capital de la venta de valores, propiedad o de un negocio,

El (PREVIOUS YEAR), (usted/usted y su esposo(a))...

k. (recibió/recibieron) pagos regulares de propiedades, fideicomiso, anualidades, (aparte de pensiones), seguro de vida, o derechos de autor o patente de inventor,

El (PREVIOUS YEAR), (usted/usted y su esposo(a))...

l. (recibió/recibieron) algún ingreso del alquiler de propiedades?

Sin incluir nada de lo que usted ya me ha dicho, ¿(recibió/recibieron) ingresos (usted/usted y su esposo(a)) de alguna otra fuente, tal como pagos del Departamentos de Asuntos de Veteranos, compensación de desempleo, manutención al niño o pensión alimenticia?

Tomando en cuenta todas estas fuentes de ingreso, por favor calcule el ingreso del (PREVIOUS YEAR) (suyo/suyo y de su esposo(a)). [PROBE: Para calcular el ingreso total (suyo/suyo y de su esposo(a)) usted puede contestar por todo el año (PREVIOUS YEAR), o, si usted prefiere, proveer el cálculo de un mes] [PROBE: REVIEW THESE SOURCES WITH RESPONDENT: Seguro Social o Jubilación de Ferroviarios/Seguro de Ingreso Suplementario ("SSI"/"SSD")/discapacidad/pensiones /trabajo, negocio, práctica profesional, hacienda/programas de asistencia pública o bienestar/ayuda de parientes o amigos/retiro de jubilación o ahorros/dividendos/pagos de una suma global de una sola vez/otros pagos regulares/alquiler de propiedades/otras fuentes.]

Tomando en cuenta todas estas fuentes de ingreso, por favor calcule el ingreso del (PREVIOUS YEAR) (suyo/suyo y de su esposo(a)). [PROBE: Para calcular el ingreso total (suyo/suyo y de su esposo(a)) usted puede contestar por todo el año (PREVIOUS YEAR), o, si usted prefiere, proveer el cálculo de un mes] [PROBE: REVIEW THESE SOURCES WITH RESPONDENT: Seguro Social o Jubilación de Ferroviarios/Seguro de Ingreso Suplementario ("SSI"/"SSD")/discapacidad/pensiones /trabajo, negocio, práctica profesional, hacienda/programas de asistencia pública o bienestar/ayuda de parientes o amigos/retiro de jubilación o ahorros/dividendos/pagos de una suma global de una sola vez/otros pagos regulares/alquiler de propiedades/otras fuentes.]

¿Fue ésto más de (\$20.000/\$1.700/\$40.000/\$3.300)?

¿Fue ésto más de (\$12.000/\$1.000/\$25.000/\$2.000)?

¿Fue ésto más de (\$7.700/\$640/\$17.000/\$1.400)?

De acuerdo a nuestros archivos, aparte de (usted/usted y su esposo(a)), al menos una persona de 15 años de edad o mayor vive en (su/el) hogar. Incluyendo los ingresos de ellos(as) así como los (suyos/suyos y de su esposo(a)), por favor mire esta tarjeta y dígame qué letra representa el total combinado de ingreso de todos los miembros de su hogar. Esto incluye ingreso de trabajos, de Seguro Social, Jubilación de Ferroviarios, otras jubilaciones, y otros ingresos en dinero recibido por todos los miembros de su hogar.

Las siguientes preguntas son acerca del lugar en que vive(n) (usted/usted y su esposo(a)). ¿(Es usted/Son usted y su esposo(a) propietario(s) o alquila(n) el lugar en que (él/ella/ustedes) vive(n)?

Por favor dígame cual es el valor actual de (su casa/de la casa suya y de su esposo(a)) ¿Más o menos en cuánto cree que se vendería esta (casa y lote/unidad de condominio) si estuviera a la venta? Por favor déme su mejor cálculo.

¿(Tiene usted/Tienen usted y su esposo(a)) una hipoteca, escritura, préstamo, o un contrato de la tierra sobre esta propiedad?

¿Cuánto (debe usted/deben usted y su esposo(a)) en total por alguna hipoteca, escritura, préstamos o un contrato de la tierra sobre esta propiedad?

¿Cuánto (paga usted/pagan usted y su esposo(a)) mensual de alquiler por el lugar en que vive(n)?

Ahora, vamos hacia ahorros, u otros bienes los cuales se pueden usar para obtener ingreso. Le preguntaré si (usted tuvo/usted y su esposo(a) tuvieron) algún tipo particular de bienes el (PREVIOUS YEAR). Todas estas preguntas se pueden responder con un "sí" o con un "no". Por favor conteste por (usted/usted y su esposo(a)).

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

a. (tuvo/tuvieron) alguna Cuenta de Retiro Independiente ("IRA"), "Keogh", 401K, u otras cuentas de ahorro de retiro?

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

b. (tuvo/tuvieron) dinero en algún tipo de cuenta de ahorro, ganancias de interés de cuentas de cheques u otro tipo de cuenta bancaria? Incluya cuentas de cheques, ahorros, fondos del mercado de dinero, certificados de depósito o cualquier otra cuenta de banco que gane intereses.

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

c. (tuvo/tuvieron) algún tipo de acciones, fondos mutuos o bonos municipales o corporativos, tales como bonos de ahorro del gobierno de Estados Unidos o bonos del tesoro?

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

d. (es/son) dueño(s) de alguna póliza de seguro de vida que acumule balance en efectivo ("cash equity") (llamadas a veces "whole life" o seguro de vida universal)?

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

e. (es/son) dueño(s) de alguna propiedad, (aparte de su residencia principal,) tal como una casa de veraneo, departamento o casa, propiedad comercial o propiedad de alquiler?

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

f. (es/son) dueño(s) de carros, camiones, vehículos recreacionales, o botes?

Todo o parte del año (PREVIOUS YEAR), ¿(usted/usted y su esposo(a))...

g. (tiene/tienen) algunos otros ahorros, bienes, negocio o práctica profesional, o propiedad, tal como una finca, alguna hipoteca de la cual reciba pagos, u otra inversión financiera que todavía no haya mencionado?

¿Qué tipo de bienes son estos?

¿Qué tipo de bienes son estos?

Usted ha mencionado (READ ASSETS LISTED BELOW). Por favor calcule los bienes para el (PREVIOUS YEAR) (suyos/suyos y de su esposo(a)). No incluya pagos recibidos de intereses o dividendos que ya ha informado como ingreso. (Por favor excluya el valor de la casa (suya/de ustedes)). [cuentas de ahorro de retiro/otras cuentas bancarias/acciones/fondos mutuos/bonos/pólizas de seguros de vida/vehículos/otros bienes].

Frecuentemente es difícil poner una cantidad exacta en dólares al valor de los bienes. Pensando acerca de todos los bienes que usted mencionó (READ ASSETS LISTED BELOW), ¿diría usted que el valor total de los bienes (suyos/suyos y de su esposo(a)) para el (PREVIOUS YEAR) fue menos de \$40.000 o fue \$40.000 o más? [cuentas de ahorro de retiro/otras cuentas de banco/acciones, fondos mutuos, bonos/pólizas de seguros de vida/otra propiedades/vehículos/otros bienes] [READ IF NECESSARY: Nuevamente, no incluya pagos de intereses o dividendos que ya haya informado como ingreso [y por favor excluya el valor de la casa (suya/suya y de su esposo(a))]]

¿Cuál de estas categorías cree usted que es un buen cálculo de la cantidad total de los bienes (suyos/suyos y de su esposo(a)) del (PREVIOUS YEAR)? [READ IF NECESSARY: Usted mencionó los siguientes bienes: (READ ASSETS LISTED BELOW).] [cuentas de ahorro de retiro/otras cuentas de banco/acciones, fondos mutuos, bonos/pólizas de seguros de vida/otra propiedades/vehículos/otros bienes].

¿Tiene(n) (usted/usted y su esposo(a)) alguna deuda pendiente asociada con (el/la) (READ ASSET(S) LISTED BELOW)? [cuentas de ahorro de jubilación/otras cuentas bancarias/bonos/pólizas de seguro de vida/otra propiedad/vehículos/otros bienes.]

¿Cuánto (debe usted/deben usted y su esposo(a)) en total, de estas deudas?

¿(Tiene usted/usted y su esposo(a)) alguna (otra) deuda pendiente (de la cual todavía no hayamos hablado,) tal como deudas de tarjetas de crédito, préstamos, cuentas médicas, o cuentas legales?

Si usted suma todas estas otras deudas (suyas/suyas y de su esposo(a)), ¿más o menos cuánto sumarían ahora mismo?

¿Cuánto de (los/las) (AMOUNT FROM IA35) son por costos de cuidado médico?

Durante el transcurso de esta entrevista quisiéramos grabar algunas preguntas y respuestas para verificar la calidad de la información. Ahora quisiera continuar a menos que usted desee hacer alguna pregunta.

Está bien, no grabaremos la entrevista.

Toda la información de la encuesta será mantenida en forma confidencial bajo las leyes prescritas por la Ley de Privacidad de 1974. Los beneficios de Medicare no se verán afectados de ninguna manera por las respuestas o participación en la encuesta.

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

¿Cuál fue la primera fecha desde (REFERENCE DATE) en que (SP) entró a la institución? [EXPLAIN IF NECESSARY: Por “institución” queremos decir un lugar en que se proporciona cuidado de largo tiempo. Por “primera fecha” queremos decir la fecha inicial en que la SP entró por primera vez a alguna institución y no entró a un hospital ni volvió al hogar.]

¿Cuál fue la primera fecha desde (REFERENCE DATE) en que (SP) entró a la institución? [EXPLAIN IF NECESSARY: Por “institución” queremos decir un lugar en que se proporciona cuidado de largo tiempo. Por “primera fecha” queremos decir la fecha inicial en que la SP entró por primera vez a alguna institución y no entró a un hospital ni volvió al hogar.]

¿Cuál fue la primera fecha desde (REFERENCE DATE) en que (SP) entró a la institución? [EXPLAIN IF NECESSARY: Por “institución” queremos decir un lugar en que se proporciona cuidado de largo tiempo. Por “primera fecha” queremos decir la fecha inicial en que la SP entró por primera vez a alguna institución y no entró a un hospital ni volvió al hogar.]

¿En qué fecha falleció SP?

¿En qué fecha falleció SP?

¿En qué fecha falleció SP?

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Quisiera darle las gracias por su tiempo y cooperación durante esta entrevista. Es posible que nos comuniquemos con usted en el futuro para pedirle más información.

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Quisiera verificar su nombre y relación con (SP). Lo(a) tengo anotado(a) como [READ NAME AND RELATIONSHIP LISTED BELOW]. ¿Es correcto eso?

¿Cuál es su nombre y la relación exacta con (SP)?

¿Cuál es su nombre y la relación exacta con (SP)?

¿Cuál es su nombre y la relación exacta con (SP)?

¿Cuál es su nombre y la relación exacta con (SP)?

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Como usted sabe por todas las entrevistas que hemos estado haciendo, la Encuesta de Beneficiarios Actuales de Medicare ha estado recolectado información de más de 100.000 beneficiarios desde 1991. La información del estudio ha sido extremadamente útil para muchos investigadores que están observando la disponibilidad y el costo del cuidado de salud para personas como usted. En este momento, la encuesta va a empezar a entrevistar a algunos nuevos beneficiarios y dejaremos de entrevistar a algunas de las personas que han estado en la encuesta por bastante tiempo. Usted es una de las personas que no seguiremos entrevistando. Por lo tanto, esta será la última entrevista que haremos con usted. No recolectaré información de ninguna nueva visita de salud. Sin embargo, recolectaré la información de los costos médicos pendientes y haremos una serie de preguntas de ingresos y bienes. Esta entrevista será más corta, diferente a la mayoría de las otras hechas con usted.



En este momento, la encuesta va a empezar a entrevistar a algunos nuevos beneficiarios y dejaremos de entrevistar a algunas de las personas que han estado en la encuesta por bastante tiempo. Usted es una de esas personas que ya no seguiremos entrevistando. Por lo tanto, esta será la última entrevista que haremos con usted. Esta entrevista será más corta que las entrevistas anteriores. Recolectaremos la información pendiente de los costos médicos y haremos la última serie de la sección de Ingresos y Bienes.

Tengo anotada su fecha de nacimiento como el [CMS BIRTH DATE]. ¿Es correcto eso?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Eso significa que hoy usted tiene (AGE) años de edad.

¿Correcto?

¿Es usted de sexo femenino o masculino?

USE ENGLISH TEXT

1

¿Está usted (actualmente), casado(a), viudo(a), divorciado(a), separado(a), o nunca se ha casado?

Incluyendo naturales o ilegítimos, adoptados(as), e hijastros(as), ¿cuántos hijos(as) vivos(as) tiene usted?

La última vez a usted le habían admitido(a) en (HOSPITAL NAME) en (ADMISSION DATE) y todavía era paciente ahí en (REFERENCE DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de esa estadía en (HOSPITAL NAME)?

La última vez a usted le habían admitido(a) en (HOSPITAL NAME) en (ADMISSION DATE) y todavía era paciente ahí en (REFERENCE DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de esa estadía en (HOSPITAL NAME)?

La última vez a usted le habían admitido(a) en (HOSPITAL NAME) en (ADMISSION DATE) y todavía era paciente ahí en (REFERENCE DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de esa estadía en (HOSPITAL NAME)?

La última vez a usted le habían admitido(a) en (HOSPITAL NAME) en (ADMISSION DATE) y todavía era paciente ahí en (REFERENCE DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de esa estadía en (HOSPITAL NAME)?

Usted me dijo que le habían admitido en (HOSPITAL NAME) desde la sala de emergencia en (ADMISSION DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME) para la estadía que comenzó en (ADMISSION DATE)?

Usted me dijo que le habían admitido en (HOSPITAL NAME) desde la sala de emergencia en (ADMISSION DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME) para la estadía que comenzó en (ADMISSION DATE)?

Usted me dijo que le habían admitido en (HOSPITAL NAME) desde la sala de emergencia en (ADMISSION DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME) para la estadía que comenzó en (ADMISSION DATE)?

Usted me dijo que le habían admitido en (HOSPITAL NAME) desde la sala de emergencia en (ADMISSION DATE). ¿Cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME) para la estadía que comenzó en (ADMISSION DATE)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿le han admitido como paciente interno (a un hospital/alguna otra vez a este o algún otro hospital), ya sea para una estadía durante la noche o para un procedimiento en "el mismo día"?

¿En qué hospital le admitieron?

¿Es (HOSPITAL NAME) una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

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

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

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta de (HOSPITAL NAME)?

USE ENGLISH TEXT

¿Le hicieron alguna operación durante la estadía en el hospital que fue desde (ADMISSION DATE) hasta (DISCHARGE DATE)? [Operaciones incluye cirugía y otros procedimientos quirúrgicos tal como componer los huesos, sutura o eliminación de crecimientos o cualquier corte de la piel.]

¿Fue esta estadía en el hospital por alguna afección o enfermedad específica?

En el momento en que a usted le dieron de alta, ¿le recetaron alguna medicina?

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

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]

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.

Desde (REFERENCE DATE), ¿le han admitido como paciente interno a este o a algún otro hospital - ya sea para una estadía para pasar la noche o para un procedimiento en el "mismo día"?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha sido usted paciente en (un/otro) hogar para el cuidado de enfermos y ancianos ("Nursing Home") o en algún otro lugar parecido que provea cuidado de largo tiempo tal como los lugares que aparecen en esta tarjeta? [LUGARES DE CUIDADO DE LARGO TIEMPO INCLUYE HOGARES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA ("SKILLED NURSING HOME"), INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO, HOGAR PARA ALOJAMIENTO Y CUIDADO, UNIDADES PARA EL CUIDADO DE ENFERMOS Y ANCIANOS ("NURSING HOME") EN HOSPITALES, INSTITUCIONES PARA PERSONAS CON RETARDO MENTAL, INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS Y HOGARES DE GRUPO.]

¿Dónde fue paciente usted -- en qué hogar para el cuidado de enfermos y ancianos ("Nursing Home")?

¿Es (FACILITY NAME) una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

¿Cuándo le admitieron y cuándo le dieron de alta a usted de (FACILITY NAME)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿(estuvo/ha estado) usted en este o en algún otro hogar para el cuidado de enfermos o ancianos ("Nursing Home") o en un lugar parecido que provea cuidado de largo tiempo?

Ahora tengo algunas preguntas acerca de cómo obtiene información sobre el programa de Medicare [para (SP)]. Sus respuestas le ayudarán a Medicare a proveer la información que las personas necesitan. Recuerde que, en general, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Sus opiniones y experiencias son importantes para nosotros.

En general, ¿qué tan fácil o difícil cree usted que es comprender el programa Medicare? [PROBE IF NECESSARY: ¿Diría usted que es muy fácil, algo fácil, algo difícil o muy difícil de comprender?]

¿Cuánto cree que sabe acerca del programa de Medicare?

¿Sabe casi todo lo que necesita saber, la mayor parte de lo que necesita saber, algo de lo que necesita saber, un poco de lo que necesita saber, casi nada de lo que necesita saber acerca del programa de Medicare?

En esta tarjeta hay una lista de diferentes temas y programas de cuidado de salud. Por favor mire la tarjeta y dígame acerca de cuales tres temas es importante para usted tener más información. [PROBE IF NECESSARY: ¿Cuál de estos temas sería el más importante para usted tener más información? ¿Cuál sería el próximo más importante? ¿Cuál sería el próximo más importante?]

En esta tarjeta hay una lista de algunas personas y lugares que pueden proporcionar información acerca de los sucesos más recientes en Medicare. Por favor mire esta tarjeta, y dígame todas las personas y lugares que usted preferiría usar para mantenerse informado(a) de lo que sucede en Medicare. [PROBE: ¿Alguna otra fuente?]

En esta tarjeta hay una lista de algunas personas y lugares que pueden proporcionar información acerca de los sucesos más recientes en Medicare. Por favor mire esta tarjeta, y dígame todas las personas y lugares que usted preferiría usar para mantenerse informado(a) de lo que sucede en Medicare. [PROBE: ¿Alguna otra fuente?]

USE ENGLISH TEXT

1

¿Qué tan interesado(a) está usted en conseguir (más) información [para (SP)] acerca de Medicare?

¿Qué tan satisfecho(a) está usted en general con la disponibilidad de información acerca de Medicare cuando usted la necesita [para (SP)]?

Ahora quisiera preguntarle acerca de las publicaciones que están disponibles para usted [y (SP)] acerca del programa de Medicare.

¿Recibió [usted/(SP)] una copia de esta guía llamada "Medicare y usted 2013", la cual da una perspectiva general del programa Medicare? Esta guía se le manda a los beneficiarios de Medicare todos los otoños, y la portada es como esta.

¿Diría que usted ha leído esta guía detalladamente, que usted ha leído partes de esta o que no ha leído nada en absoluto?

¿Qué tan fácil o difícil de comprender encontró usted (las partes que usted leyó/esta guía)? [PROBE IF NECESSARY:

¿Diría que (eran/era) muy fácil, algo fácil, algo difícil o muy difícil de comprender?]

Estamos interesados en saber el conocimiento que usted puede haber ganado cuando recibe información acerca del programa Medicare. Le voy a leer una lista de servicios de cuidado de salud. Para cada servicio, por favor dígame si Medicare cubre o no cubre el servicio. [READ IF NECESSARY: Esto no es una prueba. Sus respuestas le permiten a la agencia Medicare saber qué tan bien se comprende la información acerca del programa. Al final de la entrevista, le entregaré una hoja informativa que explica estos temas.

¿Cubre Medicare...

a. un mamograma anual para las mujeres,

Estamos interesados en saber el conocimiento que usted puede haber ganado cuando recibe información acerca del programa Medicare. Le voy a leer una lista de servicios de cuidado de salud. Para cada servicio, por favor dígame si Medicare cubre o no cubre el servicio. [READ IF NECESSARY: Esto no es una prueba. Sus respuestas le permiten a la agencia Medicare saber qué tan bien se comprende la información acerca del programa. Al final de la entrevista, le entregaré una hoja informativa que explica estos temas. ¿Cubre Medicare...

Estamos interesados en saber el conocimiento que usted puede haber ganado cuando recibe información acerca del programa Medicare. Le voy a leer una lista de servicios de cuidado de salud. Para cada servicio, por favor dígame si Medicare cubre o no cubre el servicio. [READ IF NECESSARY: Esto no es una prueba. Sus respuestas le permiten a la agencia Medicare saber qué tan bien se comprende la información acerca del programa. Al final de la entrevista, le entregaré una hoja informativa que explica estos temas. ¿Cubre Medicare...

Estamos interesados en saber el conocimiento que usted puede haber ganado cuando recibe información acerca del programa Medicare. Le voy a leer una lista de servicios de cuidado de salud. Para cada servicio, por favor dígame si Medicare cubre o no cubre el servicio. [READ IF NECESSARY: Esto no es una prueba. Sus respuestas le permiten a la agencia Medicare saber qué tan bien se comprende la información acerca del programa. Al final de la entrevista, le entregaré una hoja informativa que explica estos temas. ¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

b. una prueba PSA anual para los hombres (una prueba de sangre para detectar el cáncer de la próstata),

c. un examen dental de rutina,

d. una vacuna anual para el resfrío/gripe?

e. pruebas de detección de cáncer, incluyendo una sigmoidoscopia o colonoscopia,

f. detección cardiovascular, incluyendo pruebas de sangre para analizar los niveles de colesterol,

g. un examen de rutina de la vista,

h. pruebas de detección de la diabetes?

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

¿Cubre Medicare...

i. servicios de cuidado de salud en el hogar,

j. cuidado médico, en un hogar de ancianos (“nursing home”),

k. una visita a la sala de urgencias de un hospital en situaciones en que peligra la vida,

l. una prueba Papanicolau o “Pap” y un examen pélvico para las mujeres?

m. un examen físico llamado “Bienvenido a Medicare” para los nuevos beneficiarios,

n. consejería para dejar de fumar,

o. consejería para bajar de peso,

p. una vacuna contra la neumonía,

q. una visita anual de “Bienestar” cada doce meses?

Ahora le voy a leer una serie de afirmaciones acerca de Medicare. Para cada una, por favor dígame si usted cree que es falsa, verdadera o no está seguro(a).

Medicare normalmente paga un servicio de salud que no sea de urgencia recibido mientras un beneficiario está viajando fuera de Estados Unidos [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?

Las personas son elegibles para recibir Medicare porque tienen ingresos bajos o moderados. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?

La mayoría de las personas cubiertas por Medicare pueden elegir cómo recibir su cobertura de cuidado de salud y medicinas con receta; por ejemplo, pueden escoger entre una cobertura de cobro por servicio y una cobertura proporcionada por un plan de salud administrado. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?

La prima o cuota mensual que tienen que pagar los beneficiarios de Medicare por la Parte B puede cambiar en cualquier momento durante el año. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados pueden economizar dinero en sus costos de Medicare con la ayuda de los Programas de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs.) [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Los planes Medicare Advantage, tales como los HMO y PPO, frecuentemente cubren más servicios de salud, tales como exámenes de la vista o ayudas auditivas, que el plan original de Medicare. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

La mayoría de las personas inscritas en planes Medicare Advantage pueden cambiar a otro plan en cualquier momento durante el año. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Si usted está inscrito(a) en un plan Medicare Advantage sus opciones de médicos u hospitales pueden ser limitadas. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Si su plan Medicare Advantage deja el programa de Medicare y usted no escoge otro, usted estará cubierto(a) por el plan original de Medicare. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Un plan Medicare Advantage puede subir sus precios o cambiar sus beneficios todos los años. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Medicare ofrece servicios de consejería gratis en su estado que los beneficiarios pueden usar para que les ayuden a comprender y comparar las opciones de seguro de salud. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Las personas pueden reportar quejas a Medicare acerca de las pólizas de sus planes Medicare Advantage o pólizas de seguro suplementario si no están satisfechos con ellos. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]



Usted tiene el derecho de presentar una apelación si no está de acuerdo con las decisiones tomadas por Medicare o por su plan Medicare Advantage. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

No importa qué opción de seguro de salud de Medicare escoja usted, los costos de su propio dinero serán los mismos. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

La siguiente serie de afirmaciones son acerca de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Nuevamente, para cada una por favor dígame si cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a).

Todas las personas en Medicare pueden escoger inscribirse en la cobertura voluntaria de Planes de Recetas Médicas de Medicare sin importar su ingreso o salud. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso o no está seguro(a)?]

Todos los planes de Medicare para recetas médicas cubren la misma lista de medicinas recetadas. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

Los planes de recetas médicas pueden cambiar el precio de las medicinas una vez al año solamente.

Si usted se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, su plan debe ser aceptado en todas las farmacias en Estados Unidos. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

Los planes de Medicare para recetas médicas, pueden cambiar la lista de medicinas recetadas que ellos cubren en cualquier momento durante el año. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, puede conseguir ayuda extra para cubrir las medicinas recetadas por poco o ningún costo para usted. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

Generalmente, una vez que usted se ha inscrito en un plan de medicinas recetadas, usted puede cambiarse a otro plan durante el "Periodo de Inscripción Anual" solamente. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

Los costos de su propio dinero son los mismos en todos los planes de medicinas recetadas. [PROBE: ¿Cree usted que esto es verdadero, falso, o no está seguro(a)?]

A continuación, quisiera preguntarle acerca de [su uso de computadoras/el uso de computadoras de (SP)]. ¿Tiene [usted/(SP)] una computadora de uso personal en su hogar?

Algunas personas usan la Internet para obtener diferente tipo de información. Las siguientes preguntas son acerca de la Internet. [EXPLAIN IF NECESSARY: La Internet incluye sitios de la red mundial (“World Wide Web”). , correos electrónicos (E-Mail), grupos de noticias (newsgroups) y otros foros.]

¿Usa [usted/SP] personalmente la Internet alguna vez para buscar información de cualquier tipo?

¿Tiene [usted/(SP)] alguna otra persona, tal como un amigo, familiar o cualquier persona, que busque información para [usted/él/ella] en la Internet?

¿Con qué frecuencia entra [usted/(SP)] a la Internet para buscar información, ya sea solo(a) o con la ayuda de alguna otra persona? Por favor, no incluya el tiempo usado leyendo o mandando correspondencia electrónica (“E-Mail”).

¿Ha visitado o entrado (alguien/[usted/(SP)]) alguna vez al sitio Web oficial de información sobre Medicare – [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), (para [usted/(SP)])?

“Compare los hospitales” es una “herramienta de búsqueda” en el sitio Internet de Medicare que ayuda a los beneficiarios a comparar la calidad del cuidado y las experiencias de los pacientes en los hospitales de su área. El año pasado, ¿ha visitado (alguien por usted/usted) el sitio Internet de Medicare “Compare los hospitales”?

“Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas” es una herramienta en el sitio Web de Medicare que le ayuda a los beneficiarios a comparar en “Busque y compare los planes de recetas médicas” los planes de recetas médicas de su área. El año pasado, ¿ha visitado (alguien por usted/usted) el sitio Internet de Medicare “Busque y compare los planes de recetas médicas”.?

Muchos proveedores de cuidado de salud están empezando a usar archivos médicos electrónicos o en computadoras en lugar de usar archivos en papel. Cuando [usted/(SP)] visita a su médico regular, ¿anota el médico generalmente la información de salud [suya/de (SP)] en una computadora mientras (usted/él/ella) está presente? [EXPLAIN IF NECESSARY: "Información de salud" incluye cosas como síntomas, signos vitales, resultados de exámenes o medicinas recetadas.

La mayor parte del tiempo, ¿toma usted las decisiones acerca del plan de seguro de salud de Medicare por su propia cuenta, recibe ayuda de alguna persona para tomar estas decisiones, o usted confía en alguna otra persona para que tome las decisiones acerca de su seguro de salud?

Antes de hoy, ¿sabía usted de la línea directa gratis de teléfono 1-800-MEDICARE?

¿Ha llamado usted alguna vez al 1-800-MEDICARE para conseguir información acerca de Medicare?

Como usted sabe, esta encuesta está auspiciada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, la cual es la agencia del gobierno que administra Medicare. ¿Cuáles son sus sugerencias o dudas acerca de Medicare?

Como usted sabe, esta encuesta está auspiciada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, la cual es la agencia del gobierno que administra Medicare. ¿Cuáles son sus sugerencias o dudas acerca de Medicare?

#### USE ENGLISH TEXT

1

Las siguientes preguntas son acerca de cómo se desplaza [usted/SP] y de su salud. Debido a un problema físico o de salud, ¿ha tenido [usted/SP] dificultad para desplazarse a distintos lugares como por ejemplo ir al consultorio médico, al supermercado o a casa de un amigo desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

Debido a un problema físico o de salud, ¿se desplaza [usted/SP] menos en su vida diaria desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

Debido a un problema físico o de salud, ¿le ha pedido [usted/SP] a otros que lo(a) lleven en auto, desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

Debido a un problema físico o de salud, ¿maneja [usted/SP] únicamente durante el día, desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

Debido a un problema físico o de salud, ¿ha dejado [usted/SP] de manejar por completo, desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

Debido a un problema físico o de salud, ¿ha usado [usted/SP] taxi u otro transporte especial, desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]?

[EXPLAIN IF NECESSARY: un servicio de transporte especial podría incluir un servicio de transporte para ancianos o personas con discapacidades.]

(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted algún médico?

¿A quién vio usted?

¿Qué tipo de (profesional de salud/profesional de salud mental/terapeuta/personal médico) es (PROVIDER NAME)?

¿Qué tipo de (profesional de salud/profesional de salud mental/terapeuta/personal médico) es (PROVIDER NAME)?

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

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

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

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

USE ENGLISH TEXT

1

Tenemos anotado que en (EVENT MONTH) usted estuvo también en [READ EVENT(S) LISTED BELOW]. ¿Fue esta visita a (PROVIDER NAME) una visita mientras usted estaba en (el/la) [READ EVENT(S) LISTED BELOW]/alguno de estos lugares?

¿Le hicieron a usted alguna operación durante (alguna visita/la visita) de (VISIT ON EVENT DATE)? [Operaciones incluye cirugía y otros procedimientos quirúrgicos tales como componer los huesos, sutura o eliminación de crecimientos o cualquier corte de la piel.]

¿Fue (esta visita/alguna de esas visitas) a (PROVIDER NAME) por alguna afección o enfermedad específica?

Durante (esta visita/alguna de esas visitas) a (PROVIDER NAME), ¿le recetaron alguna medicina?  
¿Fueron preparadas algunas de las recetas?  
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.

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas.  
Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este médico o a algún otro médico?  
(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visto usted, un profesional de la salud tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta? [Profesionales de la salud incluye acupunturista audiólogo, optómetra, quiropráctico, podiatra (médico de los pies), homeópata, naturópata o cualquier otro tipo de proveedor de la salud que no es un médico.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este profesional o a algún otro profesional de la salud?

(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted un profesional de salud mental tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta?  
[Profesional de salud mental incluye siquiatria, sicólogo, trabajador social clínico y consejero profesional licenciado.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este profesional o a algún otro profesional de salud mental?

(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE), ¿ha visto usted un terapeuta tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta? [Terapeuta incluye terapeuta físico, terapeuta del habla, terapeuta intravenoso (IV), terapeuta masajista, terapeuta ocupacional y terapeuta respiratorio.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted otras visitas a este terapeuta o a algún otro terapeuta?

(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visto usted algún otro personal médico tal como alguno de los que aparecen en esta tarjeta? [Otro personal médico incluye enfermera, enfermera practicante, paramédico y ayudantes de médicos.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a esta persona o a algún otro personal médico?

(Además de lo que ya ha mencionado), Desde (REFERENCE DATE) ¿ha visitado usted algún otro tipo de lugar médico tal como los que aparecen en esta tarjeta? [Otros tipos de lugares médicos incluyen clínica de salud, centro de salud del vecindario, clínica rural de salud, enfermería, clínica de salud mental, centro de cuidado de urgencia o algún otro lugar.]

Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita a este lugar o a algún otro tipo de lugar médico?

[Ahora que hemos terminado con sus estados de cuenta, hablemos /Hablemos] acerca de los costos de los servicios médicos y los costos para los cuales usted no tenía un estado de cuenta. (Comencemos con... /A continuación veamos)...  
...los costos de (EVENT)...

Según lo que usted sabe, ¿se espera que llegue algo de (Medicare, Seguro y Tricare/Medicare y Tricare/Medicare y Seguro/Medicare) en el correo acerca de [READ EVENT ABOVE]? [PROBE IF NECESSARY: Por favor incluya cualquier estado de cuenta que haya recibido acerca de sus beneficios de Medicare para Recetas Médicas.]

USE ENGLISH TEXT

1

¿Ha recibido usted un estado de cuenta por (el/la) (READ EVENT ABOVE)?

Incluyendo cualquier cantidad que sea pagada por Medicare o por cualquiera otra persona, [¿cuál (fue el cobro por el/la (OME ITEM TYPE) alquilado(a) (con opción a compra) para el periodo entre (REFERENCE DATE) y (TODAY/DATE OF DEATH/DATE OF INSTITUTIONALIZATION)/¿cuál fue el cobro total, (es decir la cantidad total cobrada)]?

¿Cuál fue la cantidad del copago para el [READ EVENT ABOVE]? [EXPLAIN IF NECESSARY: Los planes de salud administrados comúnmente cobran una cantidad fija, o un copago cada vez que se proporciona un servicio de salud. Por ejemplo, la persona puede pagar \$20 por cada visita a la oficina del médico y \$10 por cada receta de medicina.]

¿Cuántos meses están cubiertos por el cobro del período de tiempo desde (REFERENCE DATE)?

¿Cuántos meses están cubiertos por el cobro del período de tiempo desde (REFERENCE DATE)?

¿Cuántas de las veces que obtuvo (READ EVENT ABOVE) desde (REFERENCE DATE) /estaban cubiertas por el cobro total /no hubo cobro /estaban cubiertas por los (TOTAL CHARGE) /estaban cubiertas por el copago /no hubo copago /estaban cubiertas por los (COPAYMENT)]?

¿Cuántas de las (NUMBER OF VISITS) (visitas al OPD en/servicios de laboratorio provistos por/visitas a (PROVIDER NAME) durante el mes de (EVENT MONTH) /estaban cubiertas por el cobro total /no hubo cobro /estaban cubiertas por los (TOTAL CHARGE) /estaban cubiertas por el copago /no hubo copago /estaban cubiertas por los (COPAYMENT)?

[READ IF NECESSARY: ¿Cubre [el cobro total/esto /((TOTAL CHARGE)] esta (medicina/artículo/evento) solamente o esto incluye otra (medicina/artículo/evento)?]

¿Qué más estaba incluido?

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

USE ENGLISH TEXT

1

Antes que continuemos con este estado de cuenta, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la(s) visita(s) que acabo de agregar.

¿Qué tipo de personal médico es (PROVIDER NAME)?

¿Qué tipo de personal médico es (PROVIDER NAME)?

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

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

¿Fue remitido(a) usted a (PROVIDER NAME) por [READ  
MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?  
USE ENGLISH TEXT 1

Hemos anotado que en (EVENT MONTH) usted también fue  
a (READ EVENT(S) LISTED BELOW). ¿Fue esta visita con  
(PROVIDER NAME) una visita mientras estaba en [READ  
EVENT LISTED BELOW]/algunos de estos lugares)?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

Antes que continuemos con este estado de cuenta, quisiera  
hacerle algunas preguntas acerca del proveedor de cuidado  
de salud en el hogar que acabo de agregar.

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

Antes que continuemos con este estado de cuenta, quisiera  
hacerle algunas preguntas acerca de la(s) medicina(s)  
recetada(s) que acabo de agregar. [Sería muy útil para las  
siguientes preguntas si pudiéramos ver la(s) botella(s) o  
envase(s) de la(s) medicina(s).]

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

¿Ha pagado ya usted o alguna otra fuente tal como (un plan  
de seguro/TRICARE/TRICARE o un plan de seguro), algo /del  
cobro /del cobro total /de la cantidad del copago /de este  
(TOTAL CHARGE)?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

¿Quién (más) pagó? ¿Cuánto pagó (SOURCE)?



USE ENGLISH TEXT 1

Antes que continuemos, quisiera hacerle algunas preguntas acerca del/de los plan(es) de seguro de salud que usted acaba de agregar.

USE ENGLISH TEXT 1

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su plan de Cuidado Administrado de Medicare que usted tenía. ¿Ha cambiado esta información?

¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (NS66 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN)?

Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) era su plan de Recetas Médicas de Medicare que usted tenía. ¿Ha cambiado esa información?

¿Está usted cubierto(a) o inscrito(a) (actualmente) en (NS66 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?

Parece haber (una cantidad que todavía no se ha pagado/más pagos que el cobro). [REVIEW WITH RESPONDENT.] El total de todos los pagos es \$(TOTAL PAYMENTS) La cantidad (que no se ha pagado/pagada en exceso) es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND TOTAL CHARGE). ¿Es correcto eso?

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Tengo anotado que usted ha pagado \$(FAMILY PAYMENT). ¿Espera usted que alguna fuente le reembolse a usted parte o el total de esa cantidad?  
¿Espera usted que alguien pague algo de esta cantidad?

¿Cuánto espera usted que alguien pagará?

¿Cuánto espera usted que alguien pagará?

¿Cuánto espera usted que alguien pagará?

Anteriormente usted me dijo que había hecho otras [visitas a (PROVIDER NAME)/compras de medicinas recetadas]. Son algunas otras [visitas a (PROVIDER NAME)/compra de medicinas recetadas] las mismas – en que el [cobro total fue (TOTAL CHARGE)/copago fue (TOTAL CHARGE)] por (visita/compra) y los pagos fueron: [READ PAYMENTS LISTED ABOVE]?

¿Cuáles son las mismas?

¿Cuántas veces son las mismas?

¿Cuáles son las mismas?

¿Cuántas veces son las mismas para (EVENT)?

USE ENGLISH TEXT

1

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?

¿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).

USE ENGLISH TEXT

1

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.]

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?

¿Cuándo compró o mandó a reparar [usted/(SP)] un audífono o artefacto para hablar? Por favor, dígame todas las fechas de cada compra o reparación [desde el (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE)/entre (REFERENCE DATE/SURVEY REFERENCE DATE) y (DATE OF DEATH/DATE OF INSTITUTIONALIZATION)].

USE ENGLISH TEXT

1

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.]

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

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

¿Cuál fue el artículo?

¿Cuál fue el artículo?

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

¿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)

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.]

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

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

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

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

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

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?

USE ENGLISH TEXT

1

¿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.]

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)?

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.]

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

USE ENGLISH TEXT

1

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.]

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

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

USE ENGLISH TEXT

1

¿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.]

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.]

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

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.]

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

USE ENGLISH TEXT

1

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?

(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?

¿Qué fue eso?

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

¿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).

USE ENGLISH TEXT

1

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) 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.]

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

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

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

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?

USE ENGLISH TEXT

1

¿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]

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)]?

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

USE ENGLISH TEXT

1

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?

(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?

¿Qué fue eso?

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

¿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).

USE ENGLISH TEXT

1

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]

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

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

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

¿Cuál fue la última fecha que alquiló el equipo?

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?

USE ENGLISH TEXT

1

¿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]

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)?

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

USE ENGLISH TEXT

1

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)?

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?

OM24. ¿Qué tipo de equipo fue el artículo?

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

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



¿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).

USE ENGLISH TEXT

1

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]

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

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

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

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

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

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?

USE ENGLISH TEXT

1

¿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]

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)?

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

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?

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?

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?

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?

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

¿Cuál fue la alteración o modificación?

¿Cuál fue la alteración o modificación?

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

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

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

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

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)?

Desde (REFERENCE DATE), ¿ha ido usted al departamento de pacientes externos o ambulatorios o a la clínica de pacientes externos o ambulatorios de algún hospital para cuidado médico?

¿Adónde fue usted, (a qué hospital)?

¿Es (HOSPITAL NAME) una dependencia de la Administración de Veteranos o A.V.?

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

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

¿Cuándo fue usted a un departamento de pacientes externos o ambulatorios de (HOSPITAL NAME)? Por favor, dígame todas las fechas desde (REFERENCE DATE).

USE ENGLISH TEXT

1

¿Le hicieron alguna operación u otro procedimiento quirúrgico durante (alguna de las visitas/la visita) de (VISIT ON EVENT DATE)? [Operaciones incluye cirugía y otros procedimientos quirúrgicos tal como componer los huesos, sutura o eliminación de crecimientos o cualquier corte de la piel.]

¿Fue (esta visita/alguna de esas visitas) al departamento de pacientes externos o ambulatorios por algún problema de salud o enfermedad específica?

Durante (esta visita/alguna de esas visitas) al departamento de pacientes externos o ambulatorios, ¿le recetaron alguna medicina?

¿Fueron preparadas algunas de las recetas?

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]

Por favor, dígame los nombres de esas medicinas. Desde (REFERENCE DATE), ¿hizo usted alguna otra visita al departamento de pacientes externos o ambulatorios de este o de algún otro hospital para recibir servicios?

Ahora tengo algunas preguntas acerca de cómo toma usted las decisiones de cuidado de salud. Las respuestas a preguntas como estas le ayudarán a Medicare a comprender mejor cómo las personas usan los servicios médicos. Por favor recuerde que no hay respuestas correctas ni erróneas a estas preguntas. Sus opiniones y experiencias son importantes para nosotros.

Por favor dígame qué tan seguro(a) está usted de que puede identificar cuando es necesario que reciba cuidado médico.

[¿Qué tan seguro(a) está usted de que puede...] identificar cuando está teniendo efectos secundarios de una medicina?

Los médicos frecuentemente dan instrucciones acerca de cómo debe cuidarse uno mismo en el hogar, tal como cambiarse vendajes, tomar medicinas a la hora indicada o ponerse hielo. ¿Qué tan seguro(a) está usted de que puede seguir instrucciones para cuidarse usted mismo(a) en el hogar?

Los médicos frecuentemente también dan instrucciones acerca de cambiar los hábitos o estilo de vida, tal como cambiar la dieta, dejar de fumar o hacer ejercicios regularmente. ¿Qué tan seguro(a) está usted de que puede seguir este tipo de instrucciones para cambiar sus hábitos o estilo de vida?

Por favor use esta tarjeta para responder las siguientes preguntas. ¿Qué tan probable es que usted cambie de médico si está insatisfecho(a) con la manera en que usted y su médico se comunican?

¿Qué tan probable es que usted le diga a su médico cuando no está de acuerdo con él o ella?

Estas siguientes preguntas son acerca de prácticas asociadas algunas veces con recibir cuidado médico. Por favor dígame si usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca hace lo siguiente: ¿Lee acerca de afecciones de salud en los periódicos, revistas o la Internet siempre, normalmente, algunas veces o nunca?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...]

¿Lee información acerca de nuevas medicinas, tal como efectos secundarios y precauciones?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...]

¿Lleva a las visitas con su médico una lista de preguntas o preocupaciones que tiene sobre las que quiere hablar?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...]

¿Sale del consultorio de su médico con la sensación de que todas sus preguntas o preocupaciones que tenía han sido respondidas completamente?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...]

¿Lleva una lista de todas sus medicinas recetadas a las visitas con su médico?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...] ¿Se asegura de que comprende los resultados de las pruebas médicas o procedimientos tales como una radiografía, prueba de sangre o electrocardiograma para afecciones del corazón?

[Usted siempre, normalmente, algunas veces o nunca ...]

¿Habla con su médico u otro personal médico acerca de sus opciones si necesita pruebas, cuidado de seguimiento o le remiten a un especialista para cuidado médico?

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que posiblemente describan su relación con su médico. Por favor dígame si las siguientes cosas suceden siempre, normalmente, algunas veces o nunca. Mi médico escucha lo que tengo que decir acerca de mis síntomas y preocupaciones. ¿Sucede esto siempre, normalmente, algunas veces o nunca?

Mi médico me explica las cosas en términos que yo puedo comprender fácilmente. ¿Sucede esto siempre, normalmente, algunas veces o nunca?

Puedo llamar al consultorio de mi médico para pedir consejo médico cuando lo necesito. ¿Sucede esto siempre, normalmente, algunas veces o nunca?

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.

[Además de esa(s) medicina(s),] Desde (REFERENCE DATE), ¿ha mandado a preparar alguna (otra) receta?

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.]

¿Cuál es el nombre de la medicina?

Algunas 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)?

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]

¿Cuál es el nombre de la medicina?

Algunas 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)?

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]

¿Cuál es el nombre de la medicina?

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

USE ENGLISH TEXT

1

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

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 hizo usted alguna de las siguientes cosas por estas medicinas? ¿Diría que frecuentemente, algunas veces o nunca...

a. decidió no comprar o repetir una receta porque la medicina costaba mucho?

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 hizo usted alguna de las siguientes cosas por estas medicinas? ¿Diría que frecuentemente, algunas veces o nunca...

b. se demoró en comprar o repetir una receta porque la medicina costaba mucho?

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 hizo usted alguna de las siguientes cosas por estas medicinas? ¿Diría que frecuentemente, algunas veces o nunca...

dejó de tomar algunas dosis para que le durara más la medicina?

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 hizo usted alguna de las siguientes cosas por estas medicinas? ¿Diría que frecuentemente, algunas veces o nunca...

tomó dosis más pequeñas para que le durara más la medicina?

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

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

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

Al momento de la última entrevista, usted compró (MEDICINE NAME) en la forma de (MEDICINE FORM). La potencia de cada (píldora/supositorio/parche) era [READ STRENGTH BELOW]. (STRENGTH 1) (STRENGTH 2) [La cantidad de (MEDICINE FORM) que tenía el envase cuando lo/la obtuvo era (PREVIOUS ROUND MEDICINE AMOUNT)./La cantidad de (MEDICINE FORM) que tenía el envase cuando lo/la obtuvo era (PREVIOUS ROUND NUMBER).] ¿Está esta medicina en la misma potencia, forma y cantidad?

(Quisiera anotar qué es diferente acerca de esta medicina.)

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

USE ENGLISH TEXT

1

¿EN QUÉ FORMA ESTÁ LA MEDICINA?

¿EN QUÉ FORMA ESTÁ LA MEDICINA?

Al momento de la última entrevista, la potencia de [cada píldora/cada supositorio/cada parche] del/de la (MEDICINE FORM) era (LEA LA POTENCIA ABAJO). ¿Tiene esta medicina la misma potencia?

USE ENGLISH TEXT

1



USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
¿Cuántas (píldoras/supositorios) toma/tomaba/usa/usaba usted normalmente en un día?	
¿Cuántas (píldoras/supositorios) toma/tomaba/usa/usaba usted normalmente en un día?	
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
Al momento de la última entrevista, la cantidad de (PREVIOUS ROUND MEDICINE FORM) era (PREVIOUS ROUND MEDICINE AMOUNT). ¿Es esta medicina de la misma cantidad?	
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia decidió no comprar o no repetir (MEDICINE) porque costaba mucho?	
Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia se demoró en obtener o repetir una receta para (MEDICINE NAME) porque costaba mucho?	

Desde (REFERENCE DATE), ¿con qué frecuencia dejó de tomar algunas dosis de (MEDICINE NAME) para que le durara más la medicina? [IF RESPONDENT IS "NUNCA", PROBE: ¿Quiere 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?

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

[REVIEW THE INFORMATION BELOW WITH THE RESPONDENT. ASK, OR CODE AS APPROPRIATE IF R ALREADY INDICATED: ¿Hay alguna medicina (más) desde (REFERENCE DATE) de la que no hayamos hablado?]

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.

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

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

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

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

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

USE ENGLISH TEXT

1

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

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

USE ENGLISH TEXT 1

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

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

¿Cuántas (píldoras/supositorios) tomaba/usaba usted normalmente en un día?

¿Cuántas (píldoras/supositorios) tomaba/usaba usted normalmente en un día?

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1

(Ahora,/A continuación,) veamos los costos por (el/la) (OME ITEM TYPE) que usted (alquiló y después compró/ dejó de alquilar/dejó de alquilar en (EVENT END DATE)). Desde [REFERENCE DATE], ¿se hicieron pagos por (el/la) (OME ITEM TYPE)?

¿Espera usted que se hagan más pagos por el alquiler o cuotas para (el/la) (OME ITEM TYPE)?

¿Ayuda usted a (SP) a tomar decisiones en relación a su cobertura de seguro de salud?

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas en relación a los beneficios del plan de Recetas Médicas de Medicare. En general, ¿qué tan fácil o difícil cree usted que es comprender los beneficios del plan de Recetas Médicas de Medicare?

¿Diría que es muy fácil, algo fácil, algo difícil, muy difícil de comprender?

¿Cuánto cree usted que sabe acerca de los beneficios del plan de Recetas Médicas de Medicare? ¿Sabe casi todo lo que necesita saber, la mayoría de lo que necesita saber, algo de lo que necesita saber, un poco de lo que necesita saber o casi nada lo que necesita saber sobre los beneficios del plan de Recetas Médicas de Medicare?

Actualmente usted tiene cobertura de medicinas recetadas a través de [READ PLAN(S) LISTED ABOVE]. ¿Comparó usted los beneficios de la cobertura de medicinas recetadas para el (CURRENT YEAR) que le ofrecía su plan [READ PLAN(S) LISTED ABOVE] con los beneficios ofrecidos por algún plan de Recetas Médicas de Medicare? [EXPLAIN IF NECESSARY: Un plan de Recetas Médicas de Medicare le añade cobertura para medicinas al plan Original de Medicare.]

Actualmente usted tiene cobertura de medicinas recetadas a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN). Medicare le llama plan Advantage de Medicare a este tipo de planes. Medicare también ofrece planes separados que proveen cobertura de medicinas recetadas solamente. ¿Consideró usted inscribirse en un plan de Recetas Médicas de Medicare separado para el (CURRENT YEAR)? [EXPLAIN IF NECESSARY: Un plan separado de Recetas Médicas de Medicare típicamente se usa junto con los beneficios médicos del plan Original de Medicare.]

¿Comparó usted la cobertura de medicinas recetadas para el (CURRENT YEAR) que le ofrecía su (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN) con algún otro plan Advantage de Medicare en su área?

Algunas personas fueron inscritas automáticamente en un plan de Recetas Médicas de Medicare. Por “inscritas automáticamente”, quiero decir que Medicare le asignó un plan al beneficiario, a diferencia de que él o ella haya escogido su propio plan. ¿Le inscribieron a usted automáticamente en un plan de Recetas Médicas de Medicare?

¿Le inscribieron a usted automáticamente en su plan actual de Recetas Médicas de Medicare, es decir, su plan (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)? [EXPLAIN IF NECESSARY: Algunas personas en Medicare fueron inscritas automáticamente en el plan de Recetas Médicas de Medicare. Por “inscritas automáticamente”, quiero decir que Medicare le asignó un plan al beneficiario, a diferencia de que él o ella haya escogido su propio plan.]

Antes de hoy, ¿sabía usted que las personas que son inscritas automáticamente en el plan de Recetas Médicas de Medicare pueden cambiar de plan en cualquier momento sin ser sancionado(a)?

¿Comparó usted la cobertura de medicinas recetadas para el (CURRENT YEAR) que le ofrecía su (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) con algún otro plan de Recetas Médicas de Medicare?

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró...

a. el costo de la prima mensual del plan,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró...

b. el deducible del plan,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró...

c. las medicinas que hay en la lista de medicinas del plan, o el formulario del plan,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró...

d. la conveniencia de las farmacias que el plan le permite usar,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró...

e. la recomendación que alguien le dio del plan,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró... f. el periodo de tiempo sin cobertura o “donut hole”,

Las siguientes preguntas son sobre las diferentes cosas que usted pudo haber pensado cuando estaba considerando sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR). En el momento en que usted decidió tener cobertura de medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de su [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)], ¿consideró... g. la cantidad de dinero que pagaría por las medicinas recetadas que usted usa?

¿Cuál de estas fue la consideración más importante cuando usted pensó sobre sus opciones para la cobertura de recetas médicas del (CURRENT YEAR)?

Como usted posiblemente sepa, el gobierno tiene programas que le ayudan a los beneficiarios a pagar los costos asociados con un plan de medicinas de Medicare y con la compra de medicinas recetadas. La ayuda que se proporciona es conocida como un “subsidio para personas con bajos ingresos” o “ayuda extra”. ¿Está usted recibiendo este tipo de ayuda para pagar la cobertura de su plan de medicinas de Medicare del (CURRENT YEAR)? [EXPLAIN IF NECESSARY: Los beneficiarios que califican para estos programas reciben ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicinas de Medicare, ayuda para pagar el deducible anual, ayuda para pagar el coseguro y los copagos de las medicinas recetadas y no tienen período sin cobertura o “gap”.]

¿Solicito usted a la Administración del Seguro Social ayuda extra para la cobertura de medicinas del (CURRENT YEAR)?

¿Fue aceptada o rechazada su solicitud para ayuda extra?

Tengo algunas preguntas en relación a la cobertura para recetas médicas que usted recibe ahora a través de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)].

En el momento en que usted decidió tener cobertura para medicinas para el (CURRENT YEAR) a través de (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN), ¿qué tan satisfecho(a) estaba usted con la información que tenía para tomar esa decisión?

¿Qué tan seguro(a) está de que ahora usted tiene la cobertura de medicinas que mejor satisface sus necesidades? ¿Diría...

Desde el 1º de enero de este año, ¿ha usado su cobertura de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN NAME)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] cuando compra medicinas?

Comparado con el año pasado, ¿es el costo de la prima mensual de su cobertura de recetas médicas más, menos o lo mismo?

¿Es la cantidad que usted paga por las medicinas en la farmacia cuando usa su cobertura de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] más, menos o lo mismo comparado con lo que usted pagó el año pasado?

¿Hay alguna medicina recetada que usted tome regularmente que no esté cubierta por su cobertura de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] (CURRENT YEAR)?

¿Ha tenido que cambiar alguna de sus medicinas recetadas de una medicina de marca registrada a una genérica debido a su cobertura de medicinas de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] (CURRENT YEAR)?

¿Ha tenido que cambiar alguna vez a una medicina diferente debido a que una medicina que usted necesitaba no estaba disponible bajo su cobertura de medicinas de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] (CURRENT YEAR)?



¿Incluye la red del plan de medicinas de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] la farmacia que usted generalmente prefiere usar?

En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con su plan de medicinas a través de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] ?

¿Por qué no ha usado su cobertura de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] durante el (CURRENT YEAR)?

¿Por qué no ha usado su cobertura de [(CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN)/(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT PRIVATE PLAN NAMES WITH RX)] durante el (CURRENT YEAR)?

Usted dijo que no está inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas. ¿Cuál es la razón por la que no está inscrito(a) en tal plan?

Usted dijo que no está inscrito(a) en un plan de Medicare para Recetas Médicas. ¿Cuál es la razón por la que no está inscrito(a) en tal plan?

Estamos interesados en saber qué piensa acerca de los servicios de salud que usted ha recibido [durante el año pasado/desde (SURVEY REFERENCE MONTH AND YEAR)] de los médicos y hospitales. Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con lo siguiente: La calidad general de los servicios de salud que usted ha recibido [durante el año pasado/desde (SURVEY REFERENCE DATE)].

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La disponibilidad de los servicios de salud en la noche y los fines de semana.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con lo siguiente:] La facilidad y conveniencia de llegar donde un médico desde donde usted vive.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
Los costos que usted paga de su propio dinero por los servicios de cuidado de salud.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La información que le dan a usted sobre lo que está mal con usted.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
Los cuidados de seguimiento que usted recibe después de un tratamiento o cirugía inicial.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
El interés de los médicos por su salud en general en lugar del interés sólo por un síntoma o enfermedad aislada.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
Recibir el cuidado para todas sus necesidades de salud en el mismo lugar.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La disponibilidad de cuidado de salud de especialistas cuando usted piensa que los necesita.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La facilidad para obtener respuestas por teléfono a preguntas sobre su tratamiento o medicinas.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La cantidad que usted ha tenido que pagar por sus medicinas recetadas.

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
El formulario o la lista de las medicinas recetadas que cubre su plan. [EXPLAIN IF NECESSARY: Por plan de medicinas recetadas, queremos decir cualquier plan de seguro de salud que proporcione cobertura para medicinas.]

[Por favor dígame qué tan satisfecho(a) se ha sentido con ...]  
La facilidad de encontrar una farmacia que acepte su plan de recetas médicas. [EXPLAIN IF NECESSARY: Por plan de medicinas recetadas, queremos decir cualquier plan de seguro de salud que proporcione cobertura para medicinas.]

¿Le recomendaría usted su plan de recetas médicas a otras personas como usted? [EXPLAIN IF NECESSARY: Por plan de medicinas recetadas, queremos decir cualquier plan de seguro de salud que proporcione cobertura para medicinas.]

[Usted recibe su cobertura para medicinas recetadas a través de un (Plan de Medicare para Recetas Médicas/plan Medicare Advantage). Algunos beneficiarios de Medicare reciben su cobertura para medicinas recetadas a través del Plan de Medicare para Recetas Médicas, llamado también planes de la “Parte D de Medicare”. ] En muchos planes de Medicare para medicinas recetadas hay un período de tiempo sin cobertura o “gap”, llamado algunas veces “doughnut hole”, durante el cual hay una reducción de la cobertura y las personas tienen que pagar una porción más grande del costo de sus medicinas. Antes de hoy, ¿había oído acerca del período sin cobertura o “gap” o “doughnut hole” que es parte de la mayoría de los planes de recetas médicas de Medicare?

¿Tiene su plan [(CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)/(CURRENT MEDICARE ADVANTAGE PLAN)] un período sin cobertura, o “gap”, o “doughnut hole”? [EXPLAIN IF NECESSARY: El período sin cobertura o “gap”, o “doughnut hole”, es una etapa durante la cual hay una reducción de la cobertura y las personas tienen que pagar una porción más grande del costo de sus medicinas.]

¿Ha llegado al principio del período sin cobertura o “gap” durante el [CURRENT YEAR]? [EXPLAIN IF NECESSARY: Si usted ha llegado al principio del período sin cobertura o “gap”, significa que usted ha llegado a una etapa durante la cual hay una reducción de la cobertura y las personas tienen que pagar una porción más grande del costo de sus medicinas.]

¿Cómo supo la primera vez que había llegado al principio del período sin cobertura o “gap”?

¿Cómo supo la primera vez que había llegado al principio del período sin cobertura o “gap”?

¿Ha llegado usted al final del período sin cobertura o “gap” durante [CURRENT YEAR]? [EXPLAIN IF NECESSARY: Si usted ha llegado al final del período sin cobertura o “gap”, significa que usted ha llegado a una etapa en su cobertura en la que usted paga un pequeño porcentaje del costo total de cada receta médica y su plan de medicinas pagará la cantidad restante.]

Para el [CURRENT YEAR], ¿qué tan preocupado(a) ha estado usted con su capacidad para pagar por sus medicinas durante el período sin cobertura o “gap”? ¿Diría que está/estaba muy preocupado(a), un poco preocupado(a) o no se ha preocupado en absoluto?

Por favor piense acerca de todos los servicios de cuidado de salud que usted recibe, incluyendo los servicios proporcionados por los médicos, hospitales y farmacias.

¿Con qué cosas, si hay algo, acerca de los servicios de salud que usted recibe, está insatisfecho(a)?

Por favor piense acerca de todos los servicios de cuidado de salud que usted recibe, incluyendo los servicios proporcionados por los médicos, hospitales y farmacias.

¿Con qué cosas, si hay algo, acerca de los servicios de salud que usted recibe, está insatisfecho(a)?

Por favor dígame si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa.

Por favor dígame si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa.

Por favor dígame si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa.

Por favor dígame si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa.

- a. Usted se preocupa de su salud más que otras personas de su edad.
- b. Usted haría cualquier cosa por evitar ir al médico.
- c. Cuando usted está enfermo(a), trata de guárdárselo para sí mismo(a).
- d. Normalmente, usted va al médico tan pronto como empieza a sentirse mal.

Durante el (CURRENT YEAR), ¿tuvo usted algún problema de salud o afección por lo cual usted pensó que debía haber visto un médico u otro personal médico, pero no lo hizo?

¿Cuál era el problema de salud o la afección?

¿Cuál era el problema de salud o la afección?

¿Cuál era el problema de salud o la afección?

¿Trató usted de ver a otro médico o personal médico acerca de esta(s) [READ CONDITION(S) BELOW]? [PROBE: Por "tratar" quiero decir, ¿se comunicó usted con el consultorio de un médico u otro lugar médico con el propósito de hacer una cita o de hablar con alguien acerca de su afección?]

Esta tarjeta enumera algunas razones que las personas han dado para no ver un médico u otro personal médico acerca de un problema o afección de salud. ¿Cuál de estas razones explica por qué usted no vio un médico acerca de (el/la) [READ CONDITION BELOW]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

Esta tarjeta enumera algunas razones que las personas han dado para no ver un médico u otro personal médico acerca de un problema o afección de salud. ¿Cuál de estas razones explica por qué usted no vio un médico acerca de (el/la) [READ CONDITION BELOW]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Cuál de estas fue la razón principal por la cual usted no vio un médico acerca de esta(s) afección(es) durante el (CURRENT YEAR)?

Durante el (CURRENT YEAR), ¿le recetaron algunas medicinas que usted no obtuvo? Por favor incluya repeticiones de recetas anteriores así como recetas que fueron escritas u ordenadas por teléfono por un médico.

¿Cuál era el nombre de esas medicinas?

¿Cuál era el nombre de esas medicinas?

¿Cuál era el nombre de esas medicinas?

¿Cuál era el nombre de esas medicinas?

¿Cuál era el nombre de esas medicinas?

Esta tarjeta enumera algunas razones que las personas dan para no mandar a preparar o repetir recetas.

¿Cuál de estas razones explica por qué usted no obtuvo [READ MEDICINE(S) BELOW]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Cuál de estas razones explica por qué usted no obtuvo [READ MEDICINE(S) BELOW]? [PROBE: ¿Alguna otra razón?]

¿Cuál de estas fue la razón principal por la que usted no obtuvo esta(s) medicina(s) durante el [CURRENT YEAR]?

Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...

Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...

a pedido medicinas genéricas en lugar de medicinas de marca registrada,

b comprado medicinas recetadas a través del correo o Internet,

Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	c tomado dosis de medicina más pequeñas que la que le recetaron para que le durara más,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	d dejó de tomar algunas dosis para que le durara más la medicina,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	e se demoró en comprar una receta porque la medicina costaba mucho,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	f pedido o recibido muestras gratis de su médico o proveedor de servicio de salud,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	g comparado precios o buscado en diferentes lugares en busca de mejores precios,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	h decidió no comprar la receta porque la medicina costaba mucho,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	i gastado menos dinero en alimentos, calefacción u otra necesidad básica para tener dinero para medicinas?
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	j comprado medicinas recetadas en una gran cadena que vende al detalle, tal como Wal-Mart o Target, debido a los planes de descuento de estos lugares,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	k hablado con su médico sobre dejar de tomar una medicina para economizar dinero o sustituir una medicina con otra que es más barata,
Por favor dígame con qué frecuencia ha hecho las siguientes cosas durante el [CURRENT YEAR]. Frecuentemente, algunas veces, o nunca, ¿ha...	l usado una tarjeta de crédito para poder pagar una medicina recetada a plazo?



USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1

Antes que continuemos con este estado de cuenta, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la(s) visita(s) que acabo de agregar.

¿Qué tipo de personal médico es (PROVIDER NAME)?

¿Qué tipo de personal médico es (PROVIDER NAME)?

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

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

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

USE ENGLISH TEXT 1

Tenemos anotado que en (EVENT MONTH) usted también estuvo en [READ EVENT(S) LISTED BELOW]. ¿Fue esta visita a (PROVIDER NAME) una visita mientras usted estaba en el/la [READ EVENT LISTED BELOW]/alguno de estos lugares?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1





Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó. ¿Ha pagado usted o alguna otra fuente, (tal como TRICARE/un plan de seguro/TRICARE o un plan de seguro), algo de esta cantidad?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó. ¿Ha pagado usted o alguna otra fuente, (tal como TRICARE/un plan de seguro/TRICARE o un plan de seguro), algo de esta cantidad?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

Entonces, tengo una cantidad restante de \$ (AMOUNT REMAINING) que Medicare no pagó. ¿Ha pagado usted o alguna otra fuente, (tal como TRICARE/un plan de seguro/TRICARE o un plan de seguro), algo de esta cantidad?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

El costo total de las recetas informadas en este estado de cuenta es de (TOTAL CHARGE). ¿Ha pagado [usted/Aparte de Medicare,] o alguna otra fuente, [tal como un plan de seguro/TRICARE o un plan de seguro TRICARE] algo de esta cantidad?

USE ENGLISH TEXT 1  
USE ENGLISH TEXT 1

¿Quién (más) pagó además de Medicare? ¿Cuánto pagó (SOURCE)?

USE ENGLISH TEXT	1
Antes de continuar, quisiera hacerle algunas preguntas sobre el/los plan(es) de seguro de salud que acaba de agregar.	
USE ENGLISH TEXT	1
Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME) era su Plan de cuidado Administrado de Medicare. ¿Ha cambiado esta información?	
¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (ST66 SOP MEDICARE MANAGED CARE PLAN NAME)?	
Anteriormente anoté que (CURRENT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN) era su Plan de Recetas Médicas de Medicare. ¿Ha cambiado esta información?	
¿Está usted (actualmente) cubierto(a) o inscrito(a) en (ST66 SOP MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN)?	
Parece que hay (una cantidad que aún no ha sido pagada/más pagos que la cantidad que quedó después que Medicare pagó). La cantidad total de pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad (sin pagar/pagada de más) es \$(DIFFERENCE BETWEEN PAYMENTS AND AMOUNT REMAINING). ¿Es correcto eso?	
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
Parece que hay una cantidad que todavía no ha sido pagada. La cantidad total de pagos que no son de Medicare es \$(TOTAL PAYMENTS). La cantidad sin pagar es \$(DIFFERENCE BETWEEN TOTAL CHARGE AND PAYMENTS). ¿Es correcto eso?	
USE ENGLISH TEXT	1
USE ENGLISH TEXT	1
Tengo anotado que usted ha pagado (SP/FAMILY PAYMENT). ¿Supone o espera usted que alguna fuente le reembolse a usted parte o el total de esa cantidad?	
¿Supone o espera usted que alguien le reembolse alguna parte de esa cantidad?	
¿Cuánto supone o espera que le paguen?	
¿Cuánto supone o espera que le paguen?	
¿Cuánto supone o espera que le paguen?	
USE ENGLISH TEXT	1

¿Hay alguna persona de profesión médica o una clínica en particular a la cuál usted va habitualmente cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud?

¿A qué tipo de lugar va habitualmente usted cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud -- es ése un centro de un plan de cuidado administrado o HMO, una clínica, el consultorio de un médico, un hospital o algún otro lugar? IF CLINIC, ASK: ¿Es ésta una clínica de pacientes externos o ambulatorios, o algún otro tipo de clínica? IF SOME OTHER PLACE, ASK: ¿Dónde es ésto?

¿A qué tipo de lugar va habitualmente usted cuando está enfermo(a) o necesita consejo sobre su salud -- es ése un centro de un plan de cuidado administrado o HMO, una clínica, el consultorio de un médico, un hospital o algún otro lugar? IF CLINIC, ASK: ¿Es ésta una clínica de pacientes externos o ambulatorios, o algún otro tipo de clínica? IF SOME OTHER PLACE, ASK: ¿Dónde es ésto?

¿Está este(a) (médico/clínica médica) asociado(a) con su plan [READ MANAGED CARE PLAN NAME(S) BELOW]?

¿Cuál es el nombre completo del lugar al que usted va?

¿Hay un médico en particular que usted ve normalmente en este lugar?

¿Cuál es el nombre completo de ese médico?

¿Cuál es la especialidad de (US5A PROVIDER NAME)?

¿Cuál es la especialidad de (US5A PROVIDER NAME)?

¿Cómo llega normalmente usted [al consultorio de (US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)]? [EXPLAIN IF NECESSARY: ¿Llega usted ahí caminando, manejando, alguna otra persona le lleva en carro, en ambulancia, o en algún otro vehículo para personas dincapacitadas, en taxi, otro tipo de transportación pública o de alguna otra manera?]

¿Cómo llega normalmente usted [al consultorio de (US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)]? [EXPLAIN IF NECESSARY: ¿Llega usted ahí caminando, manejando, alguna otra persona le lleva en carro, en ambulancia, o en algún otro vehículo para personas dincapacitadas, en taxi, otro tipo de transportación pública o de alguna otra manera?]

¿Más o menos cuánto se demora normalmente usted en llegar allá?

¿Más o menos cuánto se demora normalmente usted en llegar allá?

¿Más o menos cuánto se demora normalmente usted en llegar allá?

Normalmente, ¿tiene alguien que le acompañe a usted para ir ahí?

¿Quién va normalmente con usted?

¿Con qué frecuencia está esa persona con usted mientras está con el médico u otro personal médico? ¿Diría que siempre, algunas veces o nunca?

¿Cuáles son las razones por las que esta persona le acompaña cuando usted va ahí? ¿Qué hace esta persona?

[PROBE: ¿Alguna otra persona?

¿Cuáles son las razones por las que esta persona le acompaña cuando usted va ahí? ¿Qué hace esta persona?

[PROBE: ¿Alguna otra persona?

¿Cuánto tiempo hace que usted ha estado [(viendo a (US5A PROVIDER NAME)/yendo a (US3A PROVIDER NAME)]?

Antes que usted empezara a [ver a (US5A PROVIDER NAME)/ir a (US3A PROVIDER NAME)], ¿estaba usted yendo habitualmente a algún otro lugar o viendo algún otro médico para cuidado médico?

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre el cuidado de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

a. [Su médico es/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME) son] muy cuidadosos para verificar cada cosa cuando lo examinan a usted.  
1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre el cuidado de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

b. [Su médico es/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME) son] muy competente(s) y bien capacitado(s). 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre el cuidado de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

c. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] comprenden muy bien su historial médico. 1  
TOTALMENTE DE ACUERDO  
2 DE ACUERDO 3 EN  
DESACUERDO 4  
TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre el cuidado de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

d. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] comprenden totalmente las cosas que están mal con usted. 1  
TOTALMENTE DE ACUERDO  
2 DE ACUERDO 3 EN  
DESACUERDO 4  
TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

Ahora le voy a leer algunas afirmaciones que algunas personas han hecho sobre el cuidado de salud de ellos. Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)]. Para cada afirmación, por favor dígame si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo.

e. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente parecen andar de carrera. 1  
TOTALMENTE DE ACUERDO  
2 DE ACUERDO 3 EN  
DESACUERDO 4  
TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME) / (US3A PROVIDER NAME)].

a. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente no le explica(n) a usted los problemas médicos suyos. 1  
TOTALMENTE DE ACUERDO  
2 DE ACUERDO 3 EN  
DESACUERDO 4  
TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

b. Frecuentemente usted tiene problemas de salud que deberían ser discutidos pero no se discuten. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

c. [Su médico/Los médicos (US3A PROVIDER NAME)] frecuentemente actúa(n) como si (él/ella/ellos/ellas) le estuviesen haciendo un favor al hablar con usted. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

d. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] le dice(n) a usted todo lo que desea saber sobre su condición y tratamiento. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

e. [Su médico/Los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] responde(n) a todas sus preguntas. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

a. Usted tiene gran confianza en [su médico/los médicos de (US3A PROVIDER NAME)]. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Piense sobre el cuidado de salud que usted recibe de [(US5A PROVIDER NAME)/(US3A PROVIDER NAME)].

b. Usted depende de [(su médico/los médicos de (US3A PROVIDER NAME)] para sentirse mejor física y emocionalmente. 1 TOTALMENTE DE ACUERDO 2 DE ACUERDO 3 EN DESACUERDO 4 TOTALMENTE EN DESACUERDO

Le voy a leer algunas razones que las personas han dado para no tener una fuente habitual para cuidado de salud. Para cada una, por favor dígame si esta es o no una razón por la cual usted no tiene un lugar habitual para cuidado de salud.

a. No hay razón para tener una fuente habitual de cuidado de salud porque usted rara vez o nunca se enferma. ¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?

Le voy a leer algunas razones que las personas han dado para no tener una fuente habitual para cuidado de salud. Para cada una, por favor dígame si esta es o no una razón por la cual usted no tiene un lugar habitual para cuidado de salud.

b. Usted se mudó recientemente al área. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?]

Le voy a leer algunas razones que las personas han dado para no tener una fuente habitual para cuidado de salud. Para cada una, por favor dígame si esta es o no una razón por la cual usted no tiene un lugar habitual para cuidado de salud.

c. Su fuente habitual de cuidado de salud ya no está disponible en esta área. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?]

¿Por qué su fuente habitual de cuidado de salud ya no está disponible?

¿Por qué su fuente habitual de cuidado de salud ya no está disponible?



Pensando sobre otras posibles razones que las personas tienen para no tener una fuente habitual de cuidado de salud, por favor dígame si esta afirmación es válida para usted:

Pensando sobre otras posibles razones que las personas tienen para no tener una fuente habitual de cuidado de salud, por favor dígame si esta afirmación es válida para usted:

Pensando sobre otras posibles razones que las personas tienen para no tener una fuente habitual de cuidado de salud, por favor dígame si esta afirmación es válida para usted:

Las preguntas que acabamos de hacerle son acerca de un profesional de la salud en particular adonde [usted/SP] normalmente va cuando está enfermo o para consejos sobre su salud. Las siguientes preguntas son acerca de los distintos profesionales de la salud a donde fue para recibir atención médica, desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)]. Desde (REFERENCE DATE), ¿recibió [usted/SP] atención, pruebas o tratamiento de más de un profesional de la salud en particular? No incluya las veces que [usted/SP] fue al dentista.

Las siguientes preguntas son acerca del equipo de atención médica [suyo/de SP]. El equipo de atención médica incluye a los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud adonde [usted/SP] va para recibir atención médica. También podría incluir a los profesionales que se muestran en esta tarjeta, quienes trabajan con los profesionales médicos para coordinar su atención.

Desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)], ¿necesitó [usted/SP] ayuda de su equipo de atención médica para coordinar la atención, pruebas o tratamiento que recibió de estos distintos profesionales de la salud? En esta tarjeta hay ejemplos de coordinación de la atención médica.

a. A usted le gusta ir a diferentes lugares para diferentes necesidades de salud. ¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?

b. Los lugares en que usted puede recibir cuidados de salud están muy lejos. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?]

c. El costo del cuidado de salud es muy caro. [¿Es esa una razón por la cual usted no tiene una fuente habitual de cuidado de salud?]

Desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)],  
¿habló [usted/SP] con alguien en su equipo de atención  
médica acerca de la necesidad de coordinar la atención,  
pruebas o tratamiento que recibió de estos distintos  
profesionales de la salud?

Desde [marzo de (CURRENT YEAR)/(REFERENCE DATE)],  
¿recibió [usted/SP] asistencia de su equipo de atención  
médica para coordinar la atención, pruebas o tratamiento que  
recibió de estos distintos profesionales de la salud?

**Tester**

**Screen Trail**

**Pass/Fail**

**Comments**