

ATTACHMENT R
ADOLESCENT TELEPHONE SCREENING SCRIPT

**TELEPHONE SCRIPT FOR RECRUITMENT FROM
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS:
(English Version)**

For all callers:

Thank you for responding to our flyer. My name is ---- from [Mathematica Policy Research/The Urban Institute] and I'm working on the National Evaluation of the Children's Health Insurance Program Reauthorization Act (CHIPRA) Quality Demonstration, funded by the Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ).

Where did you see our flyer?

[Names of SBHC locations participating in focus groups will be listed as response options]

The purpose of these focus groups is to share your experiences with the health care services provided by [name of location]. Your opinions will help us understand how to improve health care quality for youth who are insured by Medicaid or CHIP.

If you are interested in participating in the study and you meet our eligibility requirements, we will invite you to attend a group discussion, sometimes called a focus group. The discussion will take about two hours of your time, and we will give you a \$25 gift card for participating. We will also need your parent to sign a permission form in order for you to participate. Please note that this discussion is meant for youth ages 13-21 and no childcare will be available for younger children.

Are you interested in answering a few questions to see if you are eligible to participate?

___ YES → CONTINUE TO QUESTION 1 ON NEXT PAGE.

___ NO → THANK AND END.

SCREENER FOR SBHC (ADOLESCENTS)

1. What is your age? _____ → IF AGE 12 OR YOUNGER, THANK AND END.
2. One of the requirements for participating in this research study is that you are insured through Medicaid or CHIP, also known as [state-specific name]. Can you tell me which of the following types of health insurance you have?
 - _____ Medicaid
 - _____ CHIP
 - _____ Medicare → IF NOT ALSO INSURED BY MEDICAID OR CHIP, THANK AND END
 - _____ Some other insurance → THANK AND END
 - _____ No insurance → THANK AND END

In the following questions, “this provider” refers to the location where you saw our focus group flyer.

3. In the last 12 months, how many times did you visit this provider to get care for yourself?
 - _____ None → THANK AND END
 - _____ 1 time
 - _____ 2
 - _____ 3
 - _____ 4
 - _____ 5 to 9
 - _____ 10 or more times
4. How long have you been going to this provider?
 - _____ Less than 6 months → THANK AND END
 - _____ At least 6 months but less than 1 year → THANK AND END
 - _____ At least 1 year but less than 3 years
 - _____ At least 3 years but less than 5 years
 - _____ 5 years or more
5. This focus group will be conducted in English. Are you comfortable understanding and speaking English?
 - _____ Yes
 - _____ No → THANK AND END
6. Have you participate in a focus group in the last 12 months?

Yes → THANK AND END
 No

You meet the requirements to participate in the focus group. If you agree to participate, you will be allowed to skip any questions at the discussion that you don't want to answer for any reason. You will not be asked to tell us any personal information about your medical condition.

7. Are you interested in participating?

YES → CONTINUE
 NO → THANK AND END

We are conducting focus groups at your school the following times and dates:

[LIST TIMES/DATES AND LOCATIONS].

8. Do any of those work for you?

IF YES, RECORD PREFERRED TIME/DATE LOCATION AND CONTINUE:

IF NO, THANK AND END

9. I will need a way to contact you in order to confirm your participation a few days before the focus group. What is your first name the best way for me to reach you?

____ First name: _____
____ Phone: _____ RECORD _____ PHONE
NUMBER _____
____ Email: RECORD EMAIL ADDRESS _____
____ Mail: RECORD MAILING ADDRESS _____

I will contact you a few days before the focus group to confirm the date, time and location. Again, this should take about two hours of your time and you will receive a \$25 gift card as a thank you for your participation.

When you come to the focus group, you will need to bring the permission form that was attached to the flyer with your parent's

signature showing your parent has given permission for you to participate. Please also have your parent confirm on that form the type of insurance you have.

If you have any questions or find that you can't attend, please call us right away at [phone number] so that we can find a replacement.

10. There are some additional questions I need to ask you about your background, which will take about 10 minutes. Is now a good time, or would you prefer I make an appointment to call you back?

Yes, now is a good time → PROCEED TO #7

No → SCHEDULE A CONVENIENT TIME/DATE AND END

Record time/date: _____

**TELEPHONE SCRIPT FOR RECRUITMENT FROM
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS:
(Spanish Version)**

For all callers:

Gracias por responder a nuestro volante. Me llamo ----, (de Mathematica Policy Research/del Urban Institute). Estoy trabajando en la evaluación nacional de las demostraciones de calidad de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (que en inglés se conoce como CHIPRA), un proyecto financiado por la Organización para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés).

¿Dónde viste nuestro volante?

[Names of SBHC locations participating in focus groups will be listed as response options]

El objetivo de estos grupos muestra es que los participantes hablen de las experiencias que han tenido con los servicios de atención médica que presta [name of location]. Tus opiniones nos servirán para entender cómo se puede mejorar la calidad de la atención médica que reciben los jóvenes que tienen seguro médico a través de Medicaid o de CHIP.

Si te interesa participar en el estudio y cumples los requisitos para hacerlo, te invitaremos a una conversación en grupo que llamamos “grupo muestra”. La reunión durará unas dos horas. Por participar en ella te daremos una tarjeta de regalo por valor de \$25. También necesitaremos que uno de tus padres firme un documento en que te da permiso para participar. Se tiene previsto que esta reunión sea para jóvenes de entre 13 y 21 años y no habrá servicio de guardería para niños de menor edad.

¿Te interesa responder a unas pocas preguntas para ver si cumples los requisitos para participar?

___ YES → CONTINUE TO QUESTION 1 ON NEXT PAGE.

___ NO → THANK AND END.

SCREENER FOR SBHC (ADOLESCENTS)

1. ¿Cuántos años tienes? _____ → IF AGE 12 OR YOUNGER, THANK AND END.
2. Uno de los requisitos para participar en este estudio de investigación es que tengas un seguro médico por parte de Medicaid o de CHIP, que también se conoce como [state-specific name]. ¿Puedes decirme cuál de los siguientes tipos de seguro de salud tienes?

____ Medicaid
____ CHIP
____ Medicare → IF NOT ALSO INSURED BY MEDICAID OR CHIP, THANK AND END
____ Algún otro seguro → THANK AND END
____ No tengo seguro → THANK AND END

En las siguientes preguntas, la expresión “este profesional médico” se refiere al lugar en el que viste el volante sobre el grupo muestra.

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fuiste a ver a este profesional médico para recibir atención médica?
____ Ninguna → THANK AND END
____ 1 vez
____ 2 veces
____ 3 veces
____ 4 veces
____ Entre 5 y 9 veces
____ 10 veces o más
4. ¿Cuánto tiempo hace que has estado yendo a este profesional médico?

____ Menos de 6 meses → THANK AND END
____ Al menos 6 meses pero menos de 1 año → THANK AND END
____ Al menos 1 año pero menos de 3 años
____ Al menos 3 años pero menos de 5 años
____ 5 años o más
5. La reunión de este grupo muestra se llevará a cabo en español. ¿Entiendes y hablas español con facilidad?

____ Sí
____ No → THANK AND END

6. ¿Has participado en un grupo muestra en los últimos 12 meses?

___ Sí → THANK AND END

___ No

Cumples todos los requisitos para participar en el grupo muestra. Si aceptas participar, en la reunión podrás saltarte cualquier pregunta que no quieras responder por el motivo que sea. No te pediremos que nos des información personal sobre la enfermedad que tienes.

7. ¿Te interesa participar?

___ YES → CONTINUE

___ NO → THANK AND END

Vamos a realizar reuniones de grupos muestra en tu escuela en las fechas y los horarios que se mencionan a continuación:
[LIST TIMES/DATES AND LOCATIONS].

8. ¿Alguno de ellos te parece bien?

IF YES, RECORD PREFERRED TIME/DATE LOCATION AND CONTINUE:

IF NO, THANK AND END

9. Necesito tener una forma de comunicarme contigo para confirmar tu participación unos días antes de la reunión del grupo muestra. ¿Cuál es tu nombre de pila y la mejor manera de comunicarme contigo?

___ Nombre de pila:

___ Teléfono: _____ RECORD _____ PHONE
NUMBER

___ Dirección de correo electrónico: RECORD EMAIL
ADDRESS _____

___ Dirección postal: RECORD MAILING ADDRESS

Me comunicaré contigo unos días antes de la reunión del grupo muestra para confirmar la fecha, la hora y el lugar. Quiero mencionar de nuevo que la reunión durará unas dos horas y que recibirás una

tarjeta de regalo por valor de \$25 en agradecimiento por tu participación.

Cuando vengas a la reunión del grupo muestra tendrás que traer el permiso que venía adjunto al volante. Ese documento debe estar firmado por uno de tus padres para indicar que te ha dado permiso de participar. Pídele también a uno de tus padres que verifique en ese documento el tipo de seguro que tienes.

Si tienes alguna pregunta o te das cuenta de que no puedes asistir, llámanos de inmediato al [phone number] para que podamos buscarte un reemplazo.

10. Tengo que hacerte unas preguntas más sobre tus antecedentes, que tardarán unos 10 minutos. ¿Te parece que este sea un buen momento o prefieres que fijemos una cita para que yo te vuelva a llamar?

Sí, este es un buen momento → PROCEED TO #7

No → SCHEDULE A CONVENIENT TIME/DATE AND END
RECORD TIME/DATE: _____