

Attachment 2
Health Center Patient Survey Instrument

INTRO1

GIVE PARENT PROXY CONSENT FORM, WHICH IS PINK.

"Por favor vea este formulario mientras lo leo en voz alta."

READ CONSENT. "¿Tiene alguna pregunta?" ANSWER QUESTIONS AND HAVE RESPONDENT SIGN FORM. PROVIDE THE RESPONDENT WITH A BLANK COPY OF THE CONSENT FORM.

Type: TCont
1 = Continue

CONSENT1

DID RESPONDENT SIGN CONSENT FORM?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

INTRO2

GIVE RESPONDENT ADULT CONSENT FORM, WHICH IS ORANGE.

"Por favor vea este formulario mientras lo leo en voz alta."

READ CONSENT. "¿Tiene alguna pregunta?" ANSWER QUESTIONS AND HAVE RESPONDENT SIGN FORM. PROVIDE THE RESPONDENT WITH A BLANK COPY OF THE CONSENT FORM.

Type: TCont
1 = Continue

CONSENT2

DID RESPONDENT SIGN CONSENT FORM?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

INTRO3

GIVE PARENT THE PARENT CONSENT FORM FOR ADOLESCENT INTERVIEW, WHICH IS BLUE.

GIVE ADOLESCENT THE ADOLESCENT ASSENT FORM, WHICH IS PURPLE.

"Por favor vea este formulario mientras lo leo en voz alta."

READ CONSENT. "¿Tiene alguna pregunta?" ANSWER QUESTIONS AND HAVE RESPONDENT SIGN FORM. PROVIDE THE RESPONDENT WITH A BLANK COPY OF THE CONSENT FORM.

Type: TCont
1 = Continue

CONSENT3

DID PARENT AND ADOLESCENT SIGN CONSENT FORM?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONSENT3_1

TELL PARENT THAT WE NEED TO INTERVIEW ADOLESCENT RESPONDENT PRIVATELY. DID PARENT AGREE?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

RECORD_CARI

FI MAY READ THIS CARI CONSENT SCRIPT EITHER ON SCREEN OR ON THE HARD COPY CONSENT FORM.

Estamos usando un sistema especial de control de calidad. El sistema funciona dentro de la computadora y puede grabar lo que nos digamos el uno al otro durante partes de la entrevista. Ni usted ni yo sabremos cuándo la computadora grabe lo que decimos. Las grabaciones serán revisadas por el personal de RTI para revisar mi trabajo y se mantendrán en forma privada. Usted puede participar en la entrevista aunque no permita la grabación. ¿Está de acuerdo en que este sistema de control de calidad esté funcionando durante la entrevista?

DID RESPONDENT ALLOW CARI RECORDING?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CARI_OFF

Voy a apagar la función de grabación para que no se grabe ninguna parte de la entrevista. TURN CARI OFF AND GO TO INTERVIEW.

Type: TCont
1 = Continue

END3

Muchas gracias, pero desafortunadamente no podemos continuar con la entrevista sin la firma de ustedes dos.

Type: TCont
1 = Continue

END4

Muchas gracias, pero desafortunadamente no podemos continuar con la entrevista sin que esté de acuerdo.

Type: TCont
1 = Continue

END5

Muchas gracias, pero desafortunadamente no podemos continuar con la entrevista sin que firme el formulario de consentimiento.

Type: TCont
1 = Continue

INTINTRO

Las primeras preguntas se hacen con propósitos de estadísticas solamente, para ayudarnos a analizar los resultados del estudio.

Type: TCont
1 = Continue

INTDOB (INTDOBm)

¿Me puede decir ^FILLDOB?

MONTH

Type: 1..12

INTDOB (INTDOBd)

¿Me puede decir ^FILLDOB?

DAY

Type: 1..31

INTDOB (INTDOBy)

¿Me puede decir ^FILLDOB?

YEAR

Type: 1900..2014

INTAGE

¿Me puede decir ^FillIntAge?

IF AGE LESS THAN 12 MONTHS CODE AS 1 YEAR.

IF NEEDED: PROBE FOR A BEST ESTIMATE.

Type: 1..109

INT3

¿Es ^Fillyouname hombre o mujer?

^FillInt3

Type: TGenders

1 = HOMBRE

2 = MUJER

3 = ^FillMALE

4 = ^FillFEMALE

5 = ^FillQUEER

6 = ^FillOTHER

INT3_OTH

Por favor, especifique ¿de qué orientación sexual se considera ^Fillyouname?

Type: STRING[40]

INT3_SPEC

Registramos orientación sexual como ^FillINT3sp^strFillINT3. En esta entrevista, las preguntas van a aparecer de acuerdo al género. Por ejemplo, solo hacemos preguntas sobre mamografía a las mujeres de cierta edad. Como este es un estudio que recolecta datos médicos, ¿nos podría decir su género biológico al nacer?

NOTE: IF RESPONDENT SAYS THEY WERE BORN WITH BOTH GENITALIA, PROBE TO DETERMINE WHICH SEX WAS LISTED ON THEIR BIRTH CERTIFICATE.

Type: TGender

1 = HOMBRE

2 = MUJER

INT4

¿Habla ^Fillyouname algún otro idioma que no sea inglés en el hogar?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

INT4a

¿Qué otro idioma habla ^Fillyouname en el hogar?

Type: STRING[40]

INT4b

¿Qué tan bien habla ^Fillyouname inglés? ¿Diría que...?

Type: TFWell
1 = Muy bien
2 = Bien
3 = No muy bien
4 = Nada

INT1a

¿Es ^Fillyouname de origen hispano, latino o español?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

INT5

¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor ^FILLHISPANIC? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD INT0

Por favor mire esta tarjeta.

Type: SET[8] OF TOrigin
1 = Mexicano(a), mexicano(a) americano(a) o chicano(a)
2 = Puertorriqueño(a)
3 = Centroamericano(a)
4 = Suramericano(a)
5 = Cubano(a) o cubano americano(a)
6 = Dominicano(a) (de la República Dominicana)
7 = Español(a) (de España)
8 = Otro origen latinoamericano, hispano, latino o español

INT5_OTH

Por favor, especifique ^FILLHISPANIC.

Type: STRING[40]

INT2

Por favor mire esta tarjeta. ¿De qué raza o razas se considera ^Fillyourself? Puede seleccionar una o más opciones.

¿Es ^FillAreheshe...?

SHOWCARD INT1

NOTE: CODE "NATIVE AMERICAN" AS "AMERICAN INDIAN"

Type: SET[15] OF TINT2a
1 = Blanco(a)

- 2 = Negro(a) o afroamericano(a)
- 3 = Indio americano o nativo de Alaska (Indio americano incluye grupos indígenas de América del norte, centro y sur)
- 4 = Nativo(a) de Hawai
- 5 = Guameño(a) o Chamorro
- 6 = Samoano(a)
- 7 = Tongano(a)
- 8 = Marshalés(a)
- 9 = Indio(a) asiático(a)
- 10 = Chino(a)
- 11 = Filipino(a)
- 12 = Japonés
- 13 = Coreano(a)
- 14 = Vietnamita
- 15 = Otro

INT2_OTH

¿De qué otra raza se considera ^FillAreheshe?

Type: STRING[40]

INT2_MULT

¿Cuál de estos grupos, es decir ^strFillRaces diría usted que mejor representa ^FILLINT2MULT?

Type: TINT2S

- 1 = ^FillINT2[1]
- 2 = ^FillINT2[2]
- 3 = ^FillINT2[3]
- 4 = ^FillINT2[4]
- 5 = ^FillINT2[5]
- 6 = ^FillINT2[6]
- 7 = ^FillINT2[7]
- 8 = ^FillINT2[8]
- 9 = ^FillINT2[9]
- 10 = ^FillINT2[10]
- 11 = ^FillINT2[11]
- 12 = ^FillINT2[12]
- 13 = ^FillINT2[13]
- 14 = ^FillINT2[14]
- 15 = ^FillINT2[15]

INTRO_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

MEDINTRO

Las siguientes preguntas se refieren a la disponibilidad de varios tipos de servicios médicos. Al responder las siguientes preguntas no incluya el cuidado dental, los medicamentos recetados, la consejería o el tratamiento de la salud mental.

Type: TCont

1 = Continue

MED1

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿usted o un médico pensaron que ^Fillyouname necesitaba algún tipo de atención médica, examen o tratamiento?

Type: TYNcap
 1 = SÍ
 2 = NO

MED2

En los últimos 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que ^Fillyouname no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap
 1 = SÍ
 2 = NO

MED2a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor por qué ^Fillyouname no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD MED1

Type: SET[11] OF TMED2a
 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
 11 = OTRA RAZÓN

MED2a_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que ^Fillyouname no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba.

Type: STRING[60]

MED3

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TMED2aS
 1 = ^FillMed2a[1]
 2 = ^FillMed2a[2]
 3 = ^FillMed2a[3]
 4 = ^FillMed2a[4]
 5 = ^FillMed2a[5]
 6 = ^FillMed2a[6]
 7 = ^FillMed2a[7]
 8 = ^FillMed2a[8]
 9 = ^FillMed2a[9]
 10 = ^FillMed2a[10]
 11 = ^FillMed2a[11]

MED4

¿Qué tipo de atención médica necesitaba ^Fillyouname pero no pudo obtener?

Type: STRING[60]

MED5

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿se tardó ^Fillyouname en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MED5a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor las razones por las que ^Fillyouname se tardó en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD MED1

Type: SET[11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

MED5a_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que ^Fillyouname se tardó en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba.

Type: STRING[40]

MED5a1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname se tardó en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TMED5aS

1 = ^FillMed5a[1]

2 = ^FillMed5a[2]

3 = ^FillMed5a[3]

4 = ^FillMed5a[4]

5 = ^FillMed5a[5]

6 = ^FillMed5a[6]

7 = ^FillMed5a[7]

8 = ^FillMed5a[8]

9 = ^FillMed5a[9]

10 = ^FillMed5a[10]

11 = ^FillMed5a[11]

MED6

¿Qué tipo de servicio se tardó ^Fillyouname en obtener?

Type: STRING[60]

ROU1TRO

Ahora voy a preguntarle acerca de los servicios de salud que ^Fillyouname recibió en los últimos 12 meses.

Type: TCont
1 = Continue

ROU2

Durante los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth, ¿cuántas veces ha ido ^Fillyouname a la sala de emergencias de un hospital por motivo de su salud? Esto incluye visitas a salas de emergencias que hayan resultado en admisión al hospital.

Type: 0..365

ROU2a

Por favor, piense en ^FILLRou2a. ¿Fue ^FILLyouname a la sala de emergencias en la noche o el fin de semana?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU2c

¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?

^FillYouname no tenía ningún otro lugar a donde ir.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU2c1

(¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?)

El consultorio del médico o la clínica de ^FillYouname no estaba abierta.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU2c2

(¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?)

^FILLROU2c2 le recomendó que fuera ahí.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU2c3

(¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?)

El problema era demasiado grave para ir al consultorio médico o la clínica.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU2c4

(¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?)

Solo en un hospital ^FILLROU2c4.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU2c5

(¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a ^FILLROU2a?)

La sala de emergencias era el proveedor médico más cercano.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU2c6

¿Recibe ^Fillyouname atención médica en una sala de emergencias la mayor parte del tiempo?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU3

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez fue ^Fillyouname internado(a) en el hospital por una noche? No incluya las ocasiones en que pasó la noche en la sala de emergencias.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU4

En total, ¿cuántas noches pasó ^Fillyouname en el hospital durante los últimos 12 meses?

Type: 1..365

ROU5

Durante los últimos 12 meses, ¿le han vacunado a ^Fillyouname contra la gripe? La vacuna contra la gripe se ofrece por lo general en el otoño y le protege durante la temporada de la gripe. La vacuna contra la gripe se inyecta en el brazo. No incluya la vacuna contra la gripe que se recibe por la nariz en forma de spray o aerosol.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU6

Durante los últimos 12 meses, ¿Ha recibido ^Fillyouname una vacuna contra la gripe que se administra por la nariz en forma de spray por un médico u otro profesional de la salud? ^Fillhealthprof Esta vacuna se ofrece por lo general en el otoño y protege durante la temporada de la gripe.

IF NEEDED: Esta vacuna se llama FluMist™.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU7

¿Recibió ^Fillyouname la vacuna contra la gripe en forma de espray nasal en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU8

¿Lo(a) han vacunado alguna vez contra la pulmonía? Esta vacuna normalmente se le aplica a las personas una o dos veces en su vida y es diferente a la vacuna contra la gripe. También se conoce como la vacuna neumocócica.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU9

¿Lo(a) vacunaron contra la pulmonía en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU9a

Las siguientes cuantas preguntas son sobre **todas** las vacunas que ^NAME pudo haber recibido en los últimos 12 meses. Esto incluye vacunas que usted haya mencionado antes.

¿Recibió ^Name alguna vacuna en los últimos 12 meses?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU9b

¿Cuántas de las vacunas que recibió ^NAME en los últimos 12 meses le fueron administradas en ^strHealthCenter? ¿Diría usted que todas, algunas o ninguna?

Type: TYmany

1 = TODAS

2 = ALGUNAS

3 = NINGUNA

ROU9c

¿Lo(a) remitió ^strHealthCenter al otro lugar donde ^NAME recibió las vacunas?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU9d

¿Es usted la persona que llevó a ^NAME para que recibiera la mayoría de sus vacunas? La mayoría significa por lo menos la mitad de las vacunas.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU9e

En su opinión, ¿ha recibido ^NAME todas las vacunas que se recomiendan para su edad?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU9f

Por favor mire esta tarjeta. Por favor describa las razones por las que ^NAME no ha recibido todas las vacunas que ^Fillheshe debe haber recibido de acuerdo a su edad. Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD ROU1

Type: SET[11] OF TROU9f
1 = USTED PENSÓ QUE NO ERA IMPORTANTE
2 = LE PREOCUPABAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA
3 = SU HIJO(A) ESTABA ENFERMO(A) Y NO PODÍA VACUNARSE EN ESE MOMENTO
4 = NO CONFÍA EN LAS VACUNAS/NO CREE EN LAS VACUNAS
5 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO MÉDICO
6 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO/TRANSPORTE
7 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO O ENFERMERAS
8 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
9 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO MÉDICO
10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
11 = OTRA RAZÓN

ROU9f_OTH

Por favor describa la otra razón por la que ^NAME no ha recibido todas las vacunas que ^Fillheshe debe haber recibido de acuerdo a su edad.

Type: STRING[40]

ROU9f1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^NAME no ha recibido todas las vacunas que ^Fillheshe debe haber recibido de acuerdo a su edad?

Type: TROU9fS
1 = ^FillROU9f[1]
2 = ^FillROU9f[2]
3 = ^FillROU9f[3]
4 = ^FillROU9f[4]
5 = ^FillROU9f[5]
6 = ^FillROU9f[6]
7 = ^FillROU9f[7]
8 = ^FillROU9f[8]
9 = ^FillROU9f[9]
10 = ^FillROU9f[10]
11 = ^FillROU9f[11]

ROU9f2 [IF INTAGE=18-64 CONTINUE ELSE GO TO ROU10]

¿Alguna vez ha recibido la vacuna del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)?

IF NEEDED: La vacuna del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) se llaman Cervarix o Gardasil. El virus genital del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más común.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

ROU9f3

¿Recibió la vacuna más reciente del virus del papiloma humano en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: TFhealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

ROU10

Las siguientes preguntas se refieren a los exámenes físicos generales o chequeos médicos rutinarios.

¿Cómo cuánto tiempo ha pasado desde su último examen físico general o chequeo médico rutinario realizado por un médico u otro profesional de la salud? No incluya una consulta médica debido a un problema específico.

Type: Tchkup

1 = Nunca

2 = Hace menos de 1 año

3 = Hace más de 1 año, pero menos de 2 años

4 = Hace más de 2 años, pero menos de 3 años

5 = Hace más de 3 años, pero menos de 4 años

6 = Hace más de 4 años, pero menos de 5 años

7 = Hace 5 años o más

ROU11

¿Le hicieron este chequeo médico en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU11a [IF ROU10=1, 4, 5, 6, OR 7 CONTINUE, ELSE GO TO ROU12]

Por favor, mire esta tarjeta. Por favor describa las razones por las que no le han hecho un examen físico general o un chequeo médico rutinario en los **últimos 2 años**. Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD ROU2

Type: SET[11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

ROU11a OTH

Por favor especifique la otra razón por la que no le han hecho un examen físico general o un chequeo médico en los últimos 2 años.

Type: STRING[40]

ROU11a1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no le han hecho un examen físico general o un chequeo médico en los últimos 2 años?

Type: TROU11aS

- 1 = ^FillTROU11a1[1]
- 2 = ^FillTROU11a1[2]
- 3 = ^FillTROU11a1[3]
- 4 = ^FillTROU11a1[4]
- 5 = ^FillTROU11a1[5]
- 6 = ^FillTROU11a1[6]
- 7 = ^FillTROU11a1[7]
- 8 = ^FillTROU11a1[8]
- 9 = ^FillTROU11a1[9]
- 10 = ^FillTROU11a1[10]
- 11 = ^FillTROU11a1[11]

ROU12

Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos médicos infantiles rutinarios que se hicieron cuando ^Fillyouname no estaba enfermo(a) o lesionado(a). ¿Hace cómo cuánto tiempo que ^Fillyouheshe no se ha hecho un chequeo médico infantil o un examen físico general?

Type: Tchkup

- 1 = Nunca
- 2 = Hace menos de 1 año
- 3 = Hace más de 1 año, pero menos de 2 años
- 4 = Hace más de 2 años, pero menos de 3 años
- 5 = Hace más de 3 años, pero menos de 4 años
- 6 = Hace más de 4 años, pero menos de 5 años
- 7 = Hace 5 años o más

ROU13

¿Le hicieron a ^Fillyouheshe este chequeo médico en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

ROU13a [IF ROU12=1, 4, 5, 6, OR 7 CONTINUE, ELSE GO TO ROU14]

Por favor mire esta tarjeta. Por favor describa las razones por las que no le han hecho a ^Fillyouname un examen general de niño sano o un chequeo médico en los últimos 2 años. Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD ROU2

Type: SET[11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

ROU13a_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que no le han hecho a ^Fillyouname chequeos médicos infantiles rutinarios en los últimos 2 años.

Type: STRING[40]

ROU13a1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no le han hecho a ^Fillyouname chequeos médicos infantiles rutinarios en los últimos 2 años?

Type: TROU13aS

1 = ^FillTROU13a1[1]

2 = ^FillTROU13a1[2]

3 = ^FillTROU13a1[3]

4 = ^FillTROU13a1[4]

5 = ^FillTROU13a1[5]

6 = ^FillTROU13a1[6]

7 = ^FillTROU13a1[7]

8 = ^FillTROU13a1[8]

9 = ^FillTROU13a1[9]

10 = ^FillTROU13a1[10]

11 = ^FillTROU13a1[11]

ROU14

¿Alguna vez le han hecho a ^NAME una prueba para determinar la cantidad de plomo en la sangre?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU15

¿Qué edad tenía ^Name la última vez que le hicieron esta prueba?

IF LESS THAN 1 YEAR, ENTER 0.

Type: 0..5

ROU16

¿Le hicieron esa prueba en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU17

¿Alguna vez alguien le habló a usted acerca de las cosas que podrían haber ocasionado que ^Name entrara en contacto con plomo, tales como vivir en una casa o un departamento o visitar una casa o un apartamento que fue construido antes de 1978?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

ROU_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

CON3_VALUE1

¿Cuánto mide ^Fillyouname sin zapatos?

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE NUMBERS

EXAMPLES:

5FT 6IN = 5 6

1.65 METERS = 1 65

165 CENTIMETERS = 0 165

Type: 0..8

CON3 VALUE2

¿Cuánto mide ^Fillyouname sin zapatos?

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE NUMBERS

EXAMPLES:

5FT 6IN = 5 6

1.65 METERS = 1 65

165 CENTIMETERS = 0 165

Type: 0..300

CON3 UNITS

(¿Cuánto mide ^Fillyouname sin zapatos?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TUnits

1 = FEET/INCHES

2 = METERS/CENTIMETERS

3 = CENTIMETERS

CON4

¿Cuánto pesa ^Fillyouname sin ropa o sin zapatos?

Type: 0..555

CON4 UNITS

INTERVIEWER: WAS THE RESPONSE IN POUNDS OR KILOGRAMS?

Type: TWeight

1 = POUNDS

2 = KILOGRAMS

CON9o

Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días estuvo {usted/NAME} físicamente activo(a) por un total de **por lo menos 60 minutos al día**? Sume todo el tiempo que {usted/NAME} realizó cualquier tipo de actividad física que aceleró su ritmo cardíaco y lo(a) hizo respirar fuerte parte del tiempo.

0 = 0 DÍAS

- 1 = 1 DÍA
- 2 = 2 DÍAS
- 3 = 3 DÍAS
- 4 = 4 DÍAS
- 5 = 5 DÍAS
- 6 = 6 DÍAS

7 = 7 DAYS

CON9N1

Ahora le preguntaré sobre el tiempo que dedica a ver televisión y luego sobre el uso de la computadora.

En los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántas horas al día se sienta ^Fillyouname a ver televisión o videos?

Type: TUse

- 1 = MENOS DE 1 HORA
- 2 = 1 HORA PERO MENOS DE 2 HORAS
- 3 = 2 HORAS PERO MENOS DE 3 HORAS
- 4 = 3 HORAS PERO MENOS DE 4 HORAS
- 5 = 4 HORAS PERO MENOS DE 5 HORAS
- 6 = 5 HORAS O MÁS
- 7 = {NO VE TELEVISIÓN NI VIDEOS

CON9n2

En los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántas horas al día usa ^Fillyouname una computadora o juega juegos en la computadora fuera del trabajo o la escuela?

NOTE: INCLUDE TIME SPENT PLAYING GAMES ON A CELL PHONE OR OTHER PORTABLE DEVICE. IF THEY WATCH TV OR VIDEO AT THE SAME TIME AS WORKING ON THE COMPUTER, COUNT THIS TIME AS WATCHING TV OR VIDEO.

Type: TAvG

- 1 = MENOS DE 1 HORA
- 2 = 1 HORA PERO MENOS DE 2 HORAS
- 3 = 2 HORAS PERO MENOS DE 3 HORAS
- 4 = 3 HORAS PERO MENOS DE 4 HORAS
- 5 = 4 HORAS PERO MENOS DE 5 HORAS
- 6 = 5 HORAS O MÁS
- 7 = NO USA UNA COMPUTADORA FUERA DEL TRABAJO O LA ESCUELA

CON9n3

En promedio, ¿cuántas horas duerme ^Fillyouname en un periodo de 24 horas?

_____ HOURS [ALLOW 01 – 20]

Type: 1..15

CON1

¿Diría usted que en general ^FillCON1 es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Type: TQuality

- 1 = EXCELENTE
- 2 = MUY BUENA
- 3 = BUENA
- 4 = REGULAR
- 5 = MALA

CON1a

Si compara ^FillCON1 de hace 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿diría que actualmente ^FillCON1 es mejor, peor o sigue más o menos igual?

Type: TBetter
1 = MEJOR
2 = PEOR
3 = MÁS O MENOS IGUAL

CON2

La siguiente serie de preguntas son sobre su peso. Para poder hacer las preguntas adecuadas, necesitamos saber sobre posibles cambios en su cuerpo.

¿Ha estado embarazada alguna vez?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON2a

¿Está embarazada actualmente?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON5

^FillCON5

Type: TSize
1 = SOBREPESO
2 = PESO POR DEBAJO DE LO NORMAL
3 = PESO ADECUADO

CON6a

^FillCON6a

Type: 0..555

CON6a_UNITS

INTERVIEWER: WAS THE RESPONSE IN POUNDS OR KILOGRAMS?

Type: TWeight
1 = POUNDS
2 = KILOGRAMS

CON6b

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado ^Fillyouname de bajar de peso?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON6c

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cómo trató usted de bajar de peso?

SHOWCARD CON1

CODE ONE OR MORE.

Type: SET[9] OF Tlose

- 1 = CAMBIÉ MI ALIMENTACIÓN O LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE COMÍA O EL HORARIO DE MIS COMIDAS
- 2 = HICE EJERCICIOS
- 3 = ME INSCRIBÍ EN UN PROGRAMA PARA BAJAR DE PESO
- 4 = TOMÉ LAS PASTILLAS DE DIETA QUE ME RECETÓ EL MÉDICO
- 5 = TOMÉ OTRAS PASTILLAS, MEDICAMENTOS, HIERBAS O SUPLEMENTOS QUE NO NECESITABAN LA RECETA DE UN MÉDICO
- 6 = EMPECÉ A FUMAR O VOLVÍ A FUMAR DESPUÉS DE HABER DEJADO DE HACERLO
- 7 = TOMÉ LAXANTES O VOMITABA
- 8 = TOMABA MUCHA AGUA
- 9 = OTRA MANERA

CON6c_SPEC

Por favor, describa la otra manera que trató de bajar de peso.

Type: STRING[40]

CON7

[IF CON5=3: A continuación, se le pregunta si un médico u otro profesional de la salud habló con {usted/NAME} sobre control de peso, aunque {usted/él/ella} tuviera sobrepeso, menos peso o peso normal.]

Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico u otro profesional de la salud le dijo que ^Fillyouname tenía un problema con su peso?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CON7a

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

- 1 = REFERENCE HEALTH CENTER
- 2 = SOME OTHER PLACE

CON8

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le habló sobre lo que ^Fillyouname puede hacer para controlar su peso, como planificar sus comidas y nutrición?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CON8a1

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

- 1 = REFERENCE HEALTH CENTER
- 2 = SOME OTHER PLACE

CON8a3

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le habló sobre lo que ^Fillyouname puede hacer para controlar su peso, como un programa de ejercicios?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ

2 = NO

CON8a4

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

CON8a6

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le recomendó que ^Fillyourname viera a un nutricionista debido a su peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON8a7

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

CON8b

¿Ha hecho ^Fillyourname cambios en sus hábitos alimenticios y en su nutrición desde que recibió asesoría sobre su peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON8b1

¿Ha comenzado ^Fillyourname un programa de ejercicios desde que recibió asesoría sobre su peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON9a

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le recetó medicamentos para ayudarle a bajar de peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON9b1

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

CON9c

En los últimos 12 meses, ¿buscó ayuda de un entrenador profesional, dietista, nutricionista, médico u otro profesional de la salud para ayudarle a bajar de peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON10

Ahora le preguntaré sobre ciertas afecciones médicas.

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía hipertensión también llamada presión sanguínea alta?

IF NEEDED: Un profesional de la salud mide la presión sanguínea al colocar un brazalete inflable alrededor de su brazo y escuchar con un estetoscopio.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON10b

¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde que un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud le tomó la presión sanguínea a ^Fillyouname?

99=NEVER

Type: 0..109

CON10b_UNITS

(¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde que un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud le tomó la presión sanguínea a ^Fillyouname?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TAgO

1 = HACE DÍAS

2 = HACE SEMANAS

3 = HACE MESES

4 = HACE AÑOS

88 = HOY

99 = NUNCA

CON10c

Durante la consulta más reciente, ¿le dijeron que ^Fillyouname tenía presión sanguínea alta?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON10d

¿Toma ^Fillyouname actualmente algún medicamento para controlar su presión sanguínea alta?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11_hep

¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía hepatitis?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11_hep1

¿Qué tipos de hepatitis le diagnosticaron a ^Fillyouname?

SELECT ALL THAT APPLY

Type: SET[3] OF THep

1 = HEPATITIS A

2 = HEPATITIS B

3 = HEPATITIS C

CON14m_current

¿ Actualmente tiene ^Fillyouname hepatitis C?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11a_2

¿Alguna vez ha recibido ^Fillyouname la vacuna de la hepatitis B?

IF NEEDED: Esta vacuna se aplica en tres dosis separadas y ha estado disponible desde 1991. Se recomienda para los recién nacidos, los adolescentes y personas como trabajadores médicos que pudieran estar expuestos al virus de la hepatitis B.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11_hepb

¿Recibió ^Fillyouname por lo menos 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B, o recibió menos de 3 dosis?

Type: TDoses

1 = RECIBIÓ POR LO MENOS 3 DOSIS

2 = RECIBIÓ MENOS DE 3 DOSIS

CON11a_test

¿Alguna vez se ha hecho ^Fillyouname la prueba de la hepatitis B?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11b_test

¿Alguna vez se ha hecho ^Fillyouname la prueba de la hepatitis C?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON11_b1

¿Cuándo fue la vez más reciente que {usted/NAME} se hizo la prueba de la hepatitis B?

Type: THepRec

1 = Hace 3 meses o menos

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 1 año

3 = Hace 1 año pero menos de 3 años

4 = Hace 3 años o más

CON11_b2

¿Le hicieron a {usted/NAME} la prueba de la hepatitis B la vez más reciente en ^strHealthCenter o en otro lugar?

Type: TFCenter
1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOMEWHERE ELSE

CON11_c1

¿Cuándo fue la vez más reciente que {usted/NAME} se hizo la prueba de la hepatitis C?

Type: THepRec
1 = Hace 3 meses o menos
2 = Hace más de 3 meses pero menos de 1 año
3 = Hace 1 año pero menos de 3 años
4 = Hace 3 años o más

CON11_c2

¿Le hicieron a {usted/NAME} la prueba de la hepatitis C la vez más reciente en ^strHealthCenter o en otro lugar?

Type: TFCenter
1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOMEWHERE ELSE

CON11

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía asma?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON11a

¿Todavía tiene ^Fillyouname asma?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON11b

Durante los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth, ¿ha tenido ^Fillhaveyou un ataque de asma?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON12

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía diabetes o diabetes del azúcar?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON12a1

¿Le dijeron que ^Fillyouname tenía diabetes tipo 1 o tipo 2?

Type: TDia
1 = DIABETES TIPO 1

2 = DIABETES TIPO 2

CON12a

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía prediabetes o diabetes limítrofe?

IF NEEDED: Antes de que las personas desarrollen diabetes tipo 2, casi siempre tienen “prediabetes”, lo que significa que el nivel de glucosa en la sangre es mayor al normal pero no lo suficientemente alto como para ser diagnosticado como diabetes. Los doctores a veces se refieren a la prediabetes como alteración de la tolerancia a la glucosa o alteración de la glucosa en ayunas, dependiendo de qué prueba se utilizó en la detección.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON12b

¿Cuántos años tenía ^Fillyouname la primera vez que un médico le dijo que tenía diabetes?

Type: 0..110

CON12c

¿Eso fue únicamente cuando estaba embarazada?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON13

Las siguientes preguntas son sobre el colesterol en la sangre.

¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde que un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud le hizo el examen del colesterol en la sangre?

Type: Tchkup

1 = Nunca

2 = Hace menos de 1 año

3 = Hace más de 1 año, pero menos de 2 años

4 = Hace más de 2 años, pero menos de 3 años

5 = Hace más de 3 años, pero menos de 4 años

6 = Hace más de 4 años, pero menos de 5 años

7 = Hace 5 años o más

CON13a

¿Fue eso en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

CON13b

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía un nivel alto de colesterol en la sangre?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON13d

Durante la consulta más reciente, ¿le dijeron que usted tenía un nivel alto de colesterol en la sangre?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14a
^FillCON14

Insuficiencia cardíaca congestiva?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14b
^FillCON14

Enfermedad coronaria /del corazón?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14c
^FillCON14

Angina, también llamada angina de pecho?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14d
^FillCON14

Ataque al corazón (también conocido como infarto del miocardio)?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14e
^FillCON14

Derrame cerebral?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON14f
^FillCON14

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (también conocida como COPD, enfisema o bronquitis crónica)?

Type: TYNcap
1 = SÍ

2 = NO

CON14i

^FillCON14

Cualquier tipo de afección del hígado que no sea hepatitis?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON14j

^FillCON14

Riñones débiles o deficientes?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON14k

^FillCON14

Tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés)?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON9z1a

Una lesión cerebral traumática puede ser el resultado de un fuerte golpe en la cabeza o cuando un objeto perfora el cráneo y entra al tejido cerebral. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que ^Fillyouname tuvo una lesión cerebral traumática?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON14i_current

¿**Actualmente** tiene ^Fillyouname algún tipo de afección del hígado que no sea hepatitis?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON14k_current

¿**Actualmente** tiene ^Fillyouname tuberculosis?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON14k_current1

¿Tiene ^Fillyouname actualmente tuberculosis activa?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON16

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname neumonía?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON19

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ^Fillyouname tenía cáncer o cualquier tipo de tumor maligno?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON20

Por favor mire esta tarjeta. ¿Qué tipo de cáncer era? Puede seleccionar hasta tres tipos distintos de cáncer.

SHOWCARD CON2

Type: SET[30] OF TCancer

1 = VEJIGA

2 = SANGRE

3 = HUESO

4 = CEREBRO

5 = SENO

6 = CUELLO UTERINO

7 = COLON

8 = ESÓFAGO

9 = VESÍCULA BILIAR

10 = RIÑÓN

11 = LARINJE/TRÁQUEA

12 = LEUCEMIA

13 = HÍGADO

14 = PULMÓN

15 = LIMFOMA

16 = MELANOMA

17 = BOCA/LENGUA/LABIO

18 = OVARIO

19 = PÁNCREAS

20 = PRÓSTATA

21 = RECTO

22 = PIEL (NO MELANOMA)

23 = PIEL (NO SABE EL TIPO)

24 = TEJIDO BLANDO (MÚSCULO O GRASA)

25 = ESTÓMAGO

26 = TESTICULAR

27 = GARGANTA - FARINGE

28 = TIROIDES

29 = ÚTERO

30 = OTRO

CON25

Las siguientes preguntas son sobre ^FillCON25.

¿Es ^Fillyouname sordo(a) o tiene mucha dificultad para oír?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON26
^FillCON26

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON27a
¿Tiene ^Fillyouname mucha dificultad para...

bañarse o ducharse?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON27c
¿Necesita ^Fillyouname ayuda para...

Comer?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON27d
{¿Necesita ^Fillyouname ayuda para...}

Acostarse en la cama o levantarse de la cama; sentarse en una silla o levantarse de una silla?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON27e
{¿Necesita ^Fillyouname ayuda para...}

Usar el inodoro, incluyendo llegar hasta el inodoro?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON27f
{¿Necesita ^Fillyouname ayuda para...}

Caminar o subir escaleras?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON28

Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad para realizar diligencias o mandados por su propia cuenta, como ir al consultorio del médico o ir de compras?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON30

Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene usted mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF1

Anteriormente, mencionó que a ^Fillyouname le habían dicho que ^Fillyoushe tenía alta presión arterial. Me gustaría hacerle unas preguntas más sobre eso.

¿Tuvo alta presión arterial únicamente durante el embarazo?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF1a_a

Debido a ^FillCONF1a_a, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez a ^Fillyouheshe...

Ponerse a dieta o cambiar sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar su presión arterial?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF1a_a1

¿Fue esto en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

CONF1a_a2

Actualmente, ¿está ^Fillyouname siguiendo el consejo de ponerse a dieta o cambiar sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar su presión arterial?

NOTE: IF RESPONSE IS "ALGUNAS VECES" – CODE AS "SÍ"

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF1a_b

(Debido a ^FILLCONF1a_a, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez a ^Fillyouheshe. . .)

Reducir el consumo de sal o sodio en su dieta?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

CONF1a_b1

¿Fue esto en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth
1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOME OTHER PLACE

CONF1a_b3

Actualmente, ¿está ^Fillyouname siguiendo el consejo de reducir el consumo de sal o sodio en su dieta?

NOTE: IF RESPONSE IS "ALGUNAS VECES" – CODE AS "SÍ"

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF1a_c

(Debido a ^FILLCONF1a_a, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez a ^Fillyouheshe. . .)

Hacer ejercicios?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF1a_c1

¿Fue esto en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth
1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOME OTHER PLACE

CONF1a_c3

Actualmente, ¿está ^Fillyouname siguiendo este consejo de hacer ejercicios?

NOTE: IF RESPONSE IS "ALGUNAS VECES" - CODE AS "SÍ"

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF1a_d

(Debido a ^FILLCONF1a_a, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado alguna vez a ^Fillyouheshe. . .)

Reducir el consumo de alcohol?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF1a_d1

¿Fue esto en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOME OTHER PLACE

CONF1a_d3

Actualmente, ¿está usted siguiendo el consejo de reducir el consumo de alcohol?

NOTE: IF RESPONSE IS “ALGUNAS VECES” – CODE AS “SÍ”

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF2

¿Alguna vez le recetó un médico a ^Fillyouname algún medicamento para su alta presión arterial?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF2a_1

¿Fue esto en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THealth
1 = REFERENCE HEALTH CENTER
2 = SOME OTHER PLACE

CONF2a

¿Está tomando ^Fillyouname actualmente algún medicamento recetado por un médico para su alta presión arterial?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF2b

¿Le recomendó un médico que {dejara de tomar/no le diera a NAME} el medicamento?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF3

¿{Se chequea su presión arterial/Chequea la presión arterial de NAME} en forma regular?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF3a

Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para enseñarle a usted cómo cuidar de {su alta presión arterial/la alta presión arterial de ^Fillyouheshe}. . .

Una llamada telefónica de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF3b

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para enseñarle a usted cómo cuidar de {su alta presión arterial//la alta presión arterial de ^Fillyouheshe}. . .)

Una cita con una enfermera de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3c

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para enseñarle a usted cómo cuidar de {su alta presión arterial//la alta presión arterial de ^Fillyouheshe}. . .)

Una visita del personal de ^strHealthCenter? Es decir, alguien vino a verlo(a) a usted.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3d

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para enseñarle a usted cómo cuidar de {su alta presión arterial//la alta presión arterial de ^Fillyouheshe}. . .)

^strHealthCenter lo(a) remitió a un especialista?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3e

Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido ^Fillyouname al hospital o a una sala de emergencias porque tenía alta presión arterial?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3f

¿Le ha dado un médico o una enfermera que ^Fillyouname consulta debido a su alta presión arterial un plan para su propio cuidado en casa?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3g

¿Ese plan se lo dio un médico o una enfermera a usted en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF3h

¿Cuánta confianza tiene usted de poder controlar y cuidar {su alta presión arterial//la alta presión arterial de ^Fillyouheshe}? ¿Tiene ...?

Type: TConf

1 = Mucha confianza

- 2 = Algo de confianza
- 3 = No mucha confianza
- 4 = No tiene confianza

CONF4

Anteriormente, mencionó que un médico u otro profesional de salud le había dicho a ^Fillyouname que tenía asma. Me gustaría hacerle unas preguntas más sobre eso.

Type: TCont
1 = Continue

CONF4a

En los últimos 12 meses, ¿ha sido ^Fillyouname hospitalizado(a) o ha ido a una sala de emergencias debido al asma?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4b

¿Alguna vez ha usado ^Fillyouname un inhalador recetado?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4c

Ahora le voy a preguntar sobre dos tipos de medicamento para el asma. Uno es para alivio inmediato. El otro no da alivio inmediato, pero protege los pulmones y previene síntomas a largo plazo.

Durante los últimos 3 meses, ¿ha usado ^Fillyouname el tipo de inhalador recetado que ^Fillyouheshe aspira por la boca, que da alivio inmediato a los síntomas del asma?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4d

¿Alguna vez ha tomado ^Fillyouname el medicamento preventivo para el asma de uso diario para proteger sus pulmones y prevenir ataques de asma? Incluya medicamentos por vía oral e inhaladores. Estos son diferentes a los inhaladores que dan alivio inmediato.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4e

Actualmente, ¿está ^Fillyouname tomando este medicamento que protege sus pulmones a diario o casi todos los días?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4f

¿{Alguna vez ha tomado usted o NAME} un curso o una clase sobre cómo controlar el asma por sí mismo(a)?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CONF4g

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a ^Fillyouname como...

Reconocer señales o síntomas iniciales de un ataque de asma?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4h

(¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a ^Fillyouname como...)

Responder a ataques de asma?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4i

(¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a ^Fillyouname como...)

Determinar el momento de capacidad respiratoria máxima para la terapia diaria?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4j

¿Alguna vez le ha aconsejado un médico u otro profesional de la salud hacer cambios en el hogar, la escuela o el trabajo para mejorar {su asma/el asma de (él/ella)}?

Type: Tchg

1 = YES

2 = NO

3 = WAS TOLD NO CHANGES NEEDED

CONF4k1

Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/el asma de (él/ella)} . . .

Una llamada telefónica de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k2

(Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/el asma de (él/ella)} . . .)

Una cita con una enfermera de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k3

(Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/ el asma de (él/ella)}. . .)

Una visita, es decir, alguien de ^strHealthCenter vino a verlo(a)?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k4

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido ^Fillyouname alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/ el asma de (él/ella)}. . .)

^strHealthCenter lo(a) remitió a un especialista?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k5

¿Algún médico o alguna enfermera en ^strHealthCenter que ^Fillyouname consulta debido a su asma le dio un plan para su propio cuidado en casa?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k6

¿Le dio ese plan un médico o una enfermera a ^Fillyouname en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF4k7

¿Cuánta confianza tiene ^Fillyouname de poder controlar y cuidar su asma? ¿Tiene ^Fillyouheshe. . .?

Type: TConf

1 = Mucha confianza

2 = Algo de confianza

3 = No mucha confianza

4 = No tiene confianza

CONF5

Anteriormente, mencionó que ^Fillyouname tenía diabetes. Me gustaría hacerle unas preguntas más sobre eso. ¿Está ^Fillyouname usando insulina actualmente?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5a

Actualmente, ¿está ^Fillyouname tomando pastillas para la diabetes para reducir su nivel de azúcar en la sangre? A veces se llaman medicamentos orales o agentes orales hipoglicémicos.

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

CONF5b

¿Con qué frecuencia se chequea ^Fillyouname el nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se lo chequea un familiar o un amigo, pero no incluya las veces que se lo chequea un médico u otro profesional de la salud. No incluya las pruebas de orina.

Type: 0..9

CONF5b_unit

(¿Con qué frecuencia se chequea ^Fillyouname el nivel de glucosa o azúcar en la sangre?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TCONF5b

1 = DÍA
2 = SEMANA
3 = MES
4 = AÑO

CONF5c

La prueba de hemoglobina glicosilada o prueba de 'A uno C' mide el nivel promedio de azúcar en la sangre en los últimos 3 meses y los resultados generalmente son entre 5 y 14. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le ha hecho un médico u otro profesional de la salud a ^Fillyouname la prueba de hemoglobina glicosilada o prueba de 'A uno C'?

Type: 0..9

CONF5d

La última vez que un médico u otro profesional de la salud ^FILLCONF5d, ¿le dijo que estaba demasiado alto, demasiado bajo o era adecuado?

Type: Tlevel

1 = DEMASIADO ALTO
2 = DEMASIADO BAJO
3 = ADECUADO

CONF5e1

Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para {enseñarle/enseñarle a NAME} cómo controlar ^FillCONF5e...

Una llamada telefónica de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

CONF5e2

(Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para {enseñarle/enseñarle a NAME} cómo controlar ^FILLCONF5e. . .)

Una cita con una enfermera de ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

CONF5e3

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para {enseñarle/enseñarle a NAME} cómo controlar ^FILLCONF5e. . .)

Una visita, es decir, alguien de ^strHealthCenter vino a verlo(a)?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e4

(Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios para {enseñarle/enseñarle a NAME} cómo controlar ^FILLCONF5e. . .)

^strHealthCenter lo(a) remitió a un especialista?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e4a

Durante los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth, ¿le ha hecho un examen de los ojos a ^Fillyouname un optometrista, un oftalmólogo, un médico de los ojos o alguien que receta lentes o anteojos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e4b

Durante los últimos 12 meses, ¿le ha hecho un examen de los pies a ^Fillyouname un médico de los pies?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e5

Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido ^Fillyouname hospitalizado(a) o ha ido a una sala de emergencias debido a la diabetes?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e6

¿Algún médico o alguna enfermera que ^Fillyouname consulta debido a su diabetes le dio un plan para su cuidado en casa?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e7

¿Le dio ese plan un médico o una enfermera a ^Fillyouname en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CONF5e8

¿Cuánta confianza tiene ^Fillyouname de poder controlar y cuidar su diabetes? ¿Tiene ^Fillyouheshe. . .?

Type: TConf
1 = Mucha confianza
2 = Algo de confianza
3 = No mucha confianza
4 = No tiene confianza

CON22

Anteriormente, usted mencionó que un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía un nivel alto de colesterol en la sangre.

Type: TCont
1 = Continue

CON22a

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que para bajar su nivel de colesterol en la sangre debería...

Comer menos alimentos que tengan un alto contenido de grasa o colesterol?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON22b

(¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que para bajar su nivel de colesterol en la sangre debería. . .)

Controlar su peso o bajar de peso?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON22c

(¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que para bajar su nivel de colesterol en la sangre debería. . .)

Realizar más actividad física o hacer más ejercicios?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON22d

(¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que para bajar su nivel de colesterol en la sangre debería. . .)

Tomar medicamento recetado?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON24

¿Alguna vez le dio ese consejo alguien en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CON23a

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Comer menos alimentos que tengan un alto contenido de grasa o colesterol?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON23b

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Controlar su peso o bajar de peso?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON23c

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Realizar más actividad física o hacer más ejercicios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CON23d

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Tomar medicamento recetado?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

FOLL_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

CAN1

A continuación, le voy a preguntar sobre procedimientos de detección de cáncer que puede haber tenido. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolau o 'Pap test'?

IF NEEDED: Una prueba de Papanicolau es un examen de rutina para las mujeres en el que el doctor examina el cuello del útero, obtiene una muestra de las células con una paletilla o un cepillo pequeño y lo envía al laboratorio.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN1a

¿Cuándo se hizo la prueba más reciente de Papanicolau o 'Pap test'?

Type: TFYear

- 1 = HACE MENOS DE UN AÑO
- 2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
- 3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
- 4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS
- 5 = HACE 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
- 6 = HACE 5 AÑOS O MÁS

CAN1a1

¿Se hizo la prueba más reciente de Papanicolaou o 'Pap test' en ^strHealthCenter?

- Type: TFCenter
- 1 = REFERENCE HEALTH CENTER
 - 2 = SOMEWHERE ELSE

CAN1b

¿Cuál fue la razón principal por la que se hizo la prueba de Papanicolaou o 'Pap test'? ¿Fue parte de un examen de rutina, debido a un problema o por alguna otra razón?

- Type: TFExam
- 1 = PARTE DE UN EXAMEN DE RUTINA
 - 2 = DEBIDO A UN PROBLEMA
 - 3 = ALGUNA OTRA RAZÓN

CAN1b1

¿Se ha hecho la prueba del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)?

IF NEEDED: El virus genital del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más común.

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

CAN1b2

¿Cuándo se hizo la prueba más reciente de virus del papiloma humano o HPV?

- Type: TFYear
- 1 = HACE MENOS DE UN AÑO
 - 2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
 - 3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
 - 4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS
 - 5 = HACE 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
 - 6 = HACE 5 AÑOS O MÁS

CAN1b3

¿Se hizo la prueba más reciente del virus del papiloma humano o HPV en ^strHealthCenter?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

CAN1c

Debido al resultado de alguna prueba de Papanicolaou o 'Pap test' que se haya hecho en los últimos tres años, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o tratamiento de seguimiento?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

CAN1c1

Debido al resultado de alguna prueba de Papanicolaou o 'Pap test' que se haya hecho en los últimos cinco años, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN1d

¿Se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN1e

¿Coordinó el ^strHealthCenter las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN1f

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor por qué no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD CAN1

Type: SET[11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

CAN1f1_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que no se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento.

Type: STRING[40]

CAN1f2

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

Type: TCAN1f2S

1 = ^FillCAN1[1]

2 = ^FillCAN1[2]

3 = ^FillCAN1[3]

4 = ^FillCAN1[4]

5 = ^FillCAN1[5]

6 = ^FillCAN1[6]
7 = ^FillCAN1[7]
8 = ^FillCAN1[8]
9 = ^FillCAN1[9]
10 = ^FillCAN1[10]
11 = ^FillCAN1[11]

CAN2a

¿Alguna vez le sugirió alguien en ^strHealthCenter hacerse el examen de Papanicolaou o 'Pap test'?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CAN3

¿Alguna vez le han hecho una mamografía?

IF NEEDED: Una mamografía es una radiografía que se toma solo en el seno con una máquina que se presiona contra el seno.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CAN3a

¿Cuándo se hizo la mamografía más reciente?

Type: TMost
1 = HACE MENOS DE UN AÑO
2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
5 = HACE 5 AÑOS O MÁS

CAN3a1

¿Le hicieron su mamografía más reciente en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CAN3b

¿Cuál fue la razón principal por la que le hicieron esta mamografía? ¿Fue parte de un examen de rutina, debido a un problema o por alguna otra razón?

Type: TRoutine
1 = PART OF A ROUTINE EXAM
2 = BECAUSE OF A PROBLEM
3 = SOME OTHER REASON

CAN3c

Debido al resultado de alguna mamografía que se haya hecho en los últimos 2 años, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

CAN3d

¿Se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN3e

¿Coordinó el ^strHealthCenter las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN3f

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor por qué no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD CAN1

Type: SET[11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

CAN3f_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que no se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento.

Type: STRING[40]

CAN3f1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

Type: SET[11] OF TCAN3f1S

1 = ^FillCAN3f[1]

2 = ^FillCAN3f[2]

3 = ^FillCAN3f[3]

4 = ^FillCAN3f[4]

5 = ^FillCAN3f[5]

6 = ^FillCAN3f[6]

7 = ^FillCAN3f[7]

8 = ^FillCAN3f[8]

9 = ^FillCAN3f[9]

10 = ^FillCAN3f[10]

11 = ^FillCAN3f[11]

CAN3g

¿Cuál es la razón principal por la que ^FillCAN3g?

Type: TCan3g

1 = NINGUNA RAZÓN/ NUNCA PENSÉ EN ESO/ NO SABÍA QUE DEBÍA HACERLO

2 = NO HAY NECESIDAD DE HACERLO/ NO HE TENIDO NINGÚN PROBLEMA

3 = MUY DESAGRADABLE O ME DA VERGUENZA

4 = CUESTA DEMASIADO/NO TENGO SEGURO

5 = NO TENGO SENOS

6 = OTRA RAZÓN (ESPECIFICAR)

CAN3g_OTH

Por favor, especifique la razón principal, ¿por qué ^FillCAN3g?

Type: STRING[40]

CAN3h

¿Alguna vez le sugirió alguien en ^strHealthCenter que se haga una mamografía?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4

La colonoscopia y la sigmoidoscopia son exámenes en los que un doctor inserta un tubo en el recto para detectar pólipos o cáncer. Para una colonoscopia, el doctor revisa todo el colon y le inyectan un medicamento en el brazo para hacerlo(a) dormir, y le indican que alguien tiene que llevarlo a casa. Para una sigmoidoscopia, el doctor revisa solo una parte del colon y usted permanece despierto(a) todo el tiempo.

¿Le han hecho alguna vez una colonoscopia?

IF NEEDED: Un pólipo es un pequeño crecimiento que se desarrolla en el interior del colon o el recto. Antes de la pruebas, se le pide que tome un medicamento que le ocasiona diarrea.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4a

¿Cuándo le hicieron la colonoscopia más reciente?

Type: TFRecent

1 = HACE MENOS DE UN AÑO

2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS

3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS

4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS

5 = HACE 5 AÑOS PERO MENOS DE 10 AÑOS

6 = HACE 10 AÑOS O MÁS

CAN4a1

¿Le hicieron el examen más reciente en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4b

¿Cuál es la razón principal por la que ^FillCAN4b?

Type: Tscopy

1 = NINGUNA RAZÓN/NUNCA PENSÉ EN ESO

2 = NO HUBO NECESIDAD DE HACERLO/NO SABÍA QUE NECESITABA ESTE TIPO DE EXAMEN

3 = DEMASIADO CARO/NO TENGO SEGURO/COSTO

4 = MUY DOLOROSO, DESAGRADABLE, O ME DA VERGUENZA

5 = OTRA RAZÓN

CAN4b_OTH

Por favor especifique la razón principal por la que ^FillCAN4b.

Type: STRING[40]

CAN4i

¿Alguna vez le sugirió alguien en ^strHealthCenter hacerse una colonoscopia?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4c

¿Cuál fue la razón principal por la que le hicieron esta colonoscopia? ¿Fue parte de un examen de rutina, debido a un problema, como seguimiento a un prueba anterior o un examen de detección, o por alguna otra razón?

Type: TCAN4c

1 = Parte de un examen de rutina

2 = Debido a un problema

3 = Como seguimiento a un prueba anterior o un examen de detección

4 = Alguna otra razón

CAN4c_OTH

¿Cuál fue la razón principal por la que le hicieron esta colonoscopia?

Type: STRING[40]

CAN4d

Debido al resultado de este examen, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4e

¿Se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4f

¿Coordinó el ^strHealthCenter las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4g

Por favor mire esta tarjeta y describa las razones por las que no se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento. Puede seleccionar

una o más razones.

SHOWCARD CAN1

Type: SET[11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

CAN4g_OTH

Por favor describa la otra razón por la que no se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento.

Type: STRING[40]

CAN4g1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

Type: TCAN4g1S

- 1 = ^FillCAN4g[1]
- 2 = ^FillCAN4g[2]
- 3 = ^FillCAN4g[3]
- 4 = ^FillCAN4g[4]
- 5 = ^FillCAN4g[5]
- 6 = ^FillCAN4g[6]
- 7 = ^FillCAN4g[7]
- 8 = ^FillCAN4g[8]
- 9 = ^FillCAN4g[9]
- 10 = ^FillCAN4g[10]
- 11 = ^FillCAN4g[11]

CAN4g2

Recuerde que una sigmoidoscopia es similar a una colonoscopia, pero el doctor solo revisa parte del colon y usted permanece despierto(a). ¿Le han hecho alguna vez una sigmoidoscopia?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN4g3

¿Cuándo le hicieron la sigmoidoscopia más reciente?

Type: TFRecent

- 1 = HACE MENOS DE UN AÑO
- 2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
- 3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
- 4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
- 5 = HACE 5 AÑOS PERO MENOS DE 10 AÑOS
- 6 = HACE 10 AÑOS O MÁS

CAN4g3a

¿Cuál es la razón principal por la que ^FillCAN4g3a?

Type: Tscopy

1 = NINGUNA RAZÓN/NUNCA PENSÉ EN ESO

2 = NO HUBO NECESIDAD DE HACERLO/NO SABÍA QUE NECESITABA ESTE TIPO DE EXAMEN

3 = DEMASIADO CARO/NO TENGO SEGURO/COSTO

4 = MUY DOLOROSO, DESAGRADABLE, O ME DA VERGUENZA

5 = OTRA RAZÓN

CAN4g3a_OTH

Por favor especifique la razón principal por la que ^FillCAN4g3a.

Type: STRING[40]

CAN4g3b

¿Alguna vez le sugirió alguien en ^strHealthCenter que deberían hacerle una sigmoidoscopia?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4g4

¿Cuál fue la razón principal por la que le hicieron la sigmoidoscopia? ¿Fue parte de un examen de rutina, debido a un problema, como seguimiento a una prueba anterior o un examen de detección, o por alguna otra razón?

Type: TCAN4g4a

1 = PART OF A ROUTINE EXAM

2 = BECAUSE OF A PROBLEM

3 = FOLLOW-UP TEST OF AN EARLIER TEST OR SCREENING EXAM

4 = SOME OTHER REASON

CAN4g4_OTH

Por favor especifique la razón principal por la que le hicieron esta sigmoidoscopia.

Type: STRING[40]

CAN4g5

Debido al resultado de esta prueba, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4g6

¿Se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4g7

¿Coordinó el ^strHealthCenter las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

CAN4g8

Por favor mire esta tarjeta y describa las razones por las que no se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento. Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD CAN1

Type: SET[11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

CAN4g8_OTH

Por favor describa la otra razón por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento.

Type: STRING[40]

CAN4g9

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

Type: TCAN4g9S

- 1 = ^FillCAN4g9[1]
- 2 = ^FillCAN4g9[2]
- 3 = ^FillCAN4g9[3]
- 4 = ^FillCAN4g9[4]
- 5 = ^FillCAN4g9[5]
- 6 = ^FillCAN4g9[6]
- 7 = ^FillCAN4g9[7]
- 8 = ^FillCAN4g9[8]
- 9 = ^FillCAN4g9[9]
- 10 = ^FillCAN4g9[10]
- 11 = ^FillCAN4g9[11]

CAN5

Las siguientes preguntas son acerca de la prueba de sangre en las heces o análisis de sangre oculta en la materia fecal. Esta es una prueba para determinar si hay sangre en las heces o en la evacuación intestinal. La prueba de sangre en heces se puede realizar en el hogar usando un equipo de prueba casera. Se usa una paletilla o un cepillo para obtener una pequeña cantidad de materia fecal en el hogar y se envía de regreso al doctor o al laboratorio.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba de sangre en las heces, con un equipo de prueba casera?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN5a

¿Cuándo se hizo la prueba más reciente de sangre en las heces con un equipo de prueba casera?

Type: TFRecent

- 1 = HACE MENOS DE UN AÑO
- 2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
- 3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
- 4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
- 5 = HACE 5 AÑOS PERO MENOS DE 10 AÑOS
- 6 = HACE 10 AÑOS O MÁS

CAN5a1

¿Le proporcionó ^strHealthCenter el equipo para la recolección de la muestra?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN5b

Debido al resultado de esta prueba, ¿necesitó hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN5c

¿Se hizo las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN5d

¿Coordinó el ^strHealthCenter las pruebas o tratamiento de seguimiento?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN5e

Por favor mire esta tarjeta y describa las razones por las que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento. Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD CAN1

Type: SET[11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

CAN5e_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento.

Type: STRING[40]

CAN5e1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

Type: TCAN5e1S

- 1 = ^FillCAN5e[1]
- 2 = ^FillCAN5e[2]
- 3 = ^FillCAN5e[3]
- 4 = ^FillCAN5e[4]
- 5 = ^FillCAN5e[5]
- 6 = ^FillCAN5e[6]
- 7 = ^FillCAN5e[7]
- 8 = ^FillCAN5e[8]
- 9 = ^FillCAN5e[9]
- 10 = ^FillCAN5e[10]
- 11 = ^FillCAN5e[11]

CAN5e2

Por favor describa la razón principal por la que {(IF CAN5=2 FILL: nunca se ha hecho una prueba de sangre en heces) OR (IF CAN5a=6 FILL: no se ha hecho la prueba de sangre en heces más recientemente)}.

Type: SET[5] OF TNever

- 1 = NINGUNA RAZÓN/ NUNCA PENSÉ EN ESO
- 2 = NO HUBO NECESIDAD DE HACERLO/ NO SABÍA QUE NECESITABA ESTE TIPO DE EXAMEN
- 3 = DEMASIADO CARO/NO TENGO SEGURO/COSTO
- 4 = MUY DOLOROSO, DESAGRADABLE O ME DA VERGUENZA
- 5 = OTRA RAZÓN

CAN5e2_OTH

Por favor describa la otra razón por la que nunca se ha hecho una prueba de sangre en las heces o no se ha hecho esa prueba en el periodo de tiempo que se especificó.

Type: STRING[40]

CAN5e3

¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho una prueba de sangre en las heces o no se ha hecho esa prueba en el periodo de tiempo que se especificó?

Type: TCAN5eS

- 1 = ^FillCAN5[1]
- 2 = ^FillCAN5[2]
- 3 = ^FillCAN5[3]
- 4 = ^FillCAN5[4]
- 5 = ^FillCAN5[5]

CAN5f

¿Alguna vez le sugirió alguien en ^strHealthCenter que deberían hacerle la prueba de sangre en las heces?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

CAN_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

HEA1

Durante los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿cuántas veces ha visto a un médico u otro profesional de la salud acerca de ^FillHEA1 en un consultorio médico, una clínica o en algún otro lugar? No incluya las veces que ^Fillyouwere fue hospitalizado(a) por una noche, atendido(a) en la sala de emergencias de un hospital, tuvo visitas médicas en el hogar o llamadas telefónicas. Al responder, recuerde y piense en cualquier consultorio médico o clínica, no solo en este centro médico.

NOTE: IF RESPONDENT IS UNSURE - ASK THEM TO PROVIDE AN ESTIMATE

Type: 0..99

HEA2

¿En cuántas de esas ocasiones fue usted a ^strHealthCenter?

NOTE: IF RESPONDENT IS UNSURE - ASK THEM TO PROVIDE AN ESTIMATE

TIMES

Type: 0..99

HEA2a

En los últimos 12 meses, ¿algún profesional médico en ^strHealthCenter pensó que ^Fillyouname debía ir a otro lugar para ver a un médico diferente, tal como un especialista, debido a algún problema de salud específico?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HEA2b

Si usted fue remitido(a) a otro médico en más de una ocasión en los últimos 12 meses, piense acerca de la ocasión más reciente. ¿Fue ^Fillyouname a ver a ese médico?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HEA2d

Por favor mire esta tarjeta. Por favor describa las razones por las que ^Fillyouname no fue a ver a ese médico. Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD HEA1

Type: SET[11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

HEA2d_OTH

Por favor describa las otras razones por las que ^Fillyouname no fue a ver a ese médico.

Type: STRING[80]

HEA2d1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname no fue a ver a ese médico?

Type: THEA2d1S

- 1 = ^FillTHEA2d[1]
- 2 = ^FillTHEA2d[2]
- 3 = ^FillTHEA2d[3]
- 4 = ^FillTHEA2d[4]
- 5 = ^FillTHEA2d[5]
- 6 = ^FillTHEA2d[6]
- 7 = ^FillTHEA2d[7]
- 8 = ^FillTHEA2d[8]
- 9 = ^FillTHEA2d[9]
- 10 = ^FillTHEA2d[10]
- 11 = ^FillTHEA2d[11]

HEA4

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cómo se enteró de que ^Fillyouname podía recibir atención aquí? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD HEA2

Type: SET[11] OF THEA4f

- 1 = ME LO DIJO UN AMIGO/FAMILIAR/VECINO
- 2 = SU FAMILIA LO(A) TRAJÓ AQUÍ
- 3 = UN ANUNCIO EN LA COMUNIDAD
- 4 = SE ENTERÓ EN UNA REUNIÓN
- 5 = ALGUIEN DEL CENTRO DE SALUD SE COMUNICÓ CON USTED
- 6 = POR MEDIO DE SU SEGURO
- 7 = SERVICIOS SOCIALES
- 8 = UN MÉDICO O DE LA SALA DE EMERGENCIAS
- 9 = SE ENTERÓ QUE EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO
- 10 = SE ENTERÓ QUE EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES QUE TIENEN SU SEGURO MÉDICO
- 11 = OTRO

HEA4_OTH

Por favor describa cómo se enteró que ^Fillyouname podía recibir atención aquí.

Type: STRING[40]

HEA5a

Por favor mire esta tarjeta.

^FillHEA5a

SHOWCARD HEA3

Type: SET[8] OF THEA5a

- 1 = ESTE CENTRO DE SALUD

- 2 = UNA CLÍNICA O UN CENTRO MÉDICO QUE OFRECE SERVICIOS A BAJO COSTO A LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS O SIN SEGURO MÉDICO
- 3 = OTRA CLÍNICA O CENTRO MÉDICO
- 4 = CONSULTORIO MÉDICO O UN HMO
- 5 = SALA DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL
- 6 = DEPARTAMENTO DE PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL
- 7 = OTRO
- 8 = THERE IS NO USUAL PLACE

HEA5a_OTH

Por favor especifique, ¿qué tipo de lugar es?

Type: STRING[40]

HEA5b

^FillHEA5b

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

HEA5c

Por favor mire esta tarjeta. ¿A qué tipo de lugar o lugares va normalmente cuando ^Fillyouname necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o un chequeo? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD HEA3

Type: SET[8] OF THEA5a

- 1 = ESTE CENTRO DE SALUD
- 2 = UNA CLÍNICA O UN CENTRO MÉDICO QUE OFRECE SERVICIOS A BAJO COSTO A LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS O SIN SEGURO MÉDICO
- 3 = OTRA CLÍNICA O CENTRO MÉDICO
- 4 = CONSULTORIO MÉDICO O UN HMO
- 5 = SALA DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL
- 6 = DEPARTAMENTO DE PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL
- 7 = OTRO
- 8 = THERE IS NO USUAL PLACE

HEA5c_OTH

Por favor especifique qué otro tipo de ^Fillplace va normalmente cuando ^Fillyouname necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o un chequeo.

Type: STRING[40]

HEA6

Cuando ^Fillyouname va a ^strHealthCenter, ¿en qué idioma le habla el médico u otro profesional de salud?

Type: TLang

- 1 = INGLÉS
- 2 = ESPAÑOL
- 3 = CANTONÉS
- 4 = VIETNAMITA
- 5 = MANDARIN
- 6 = COREANO
- 7 = IDIOMAS ASIÁTICOS INDIOS
- 8 = RUSO
- 9 = TAGALO

10 = OTRO

HEA6_OTH

¿En qué idioma le habla el médico u otro profesional de salud a ^Fillyouname?

Type: STRING[40]

HEA6a

Durante su última visita a ^strHealthCenter, ¿necesitó que alguien le ayudara a entender al médico?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HEA6b

¿Quién fue esta persona que le ayudó a entender al médico?

IF R RESPONDS "MY CHILD," PROBE TO SEE IF CHILD IS UNDER AGE 18. IF AGE 18 OR MORE, CODE AS "ADULT FAMILY MEMBER."

Type: TPerson

1 = UN MENOR DE EDAD (MENOR DE 18 AÑOS)

2 = UN ADULTO DE LA FAMILIA O UNA AMISTAD

3 = UN EMPLEADO NO MÉDICO DEL CONSULTORIO

4 = EL PERSONAL MÉDICO INCLUYENDO ENFERMERAS/DOCTORES

5 = UN INTÉRPRETE PROFESIONAL (EN PERSONA O POR TELÉFONO)

6 = OTRO (PACIENTES, ALGUIEN MÁS)

7 = NO TUVO QUIEN LE AYUDARA

HEA6c

¿Esta persona le ayudó en persona o por teléfono?

Type: THEA6c

1 = EN PERSONA

2 = POR TELÉFONO

HEA6d

¿Qué tan difícil fue para usted encontrar a alguien que le ayudara a entender al médico?

Type: TVery

1 = Muy difícil

2 = Algo difícil

3 = No muy difícil

4 = Nada difícil

HEA7a

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .

A coordinar citas médicas u otros servicios médicos en otro lugar que no fuera ^strHealthCenter?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7b

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

A solicitar beneficios del gobierno que ^Fillyouname necesitaba, tales como Medicaid, cupones para alimentos, Seguro Social, obtener beneficios sociales o “welfare”, beneficios públicos o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7c

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

A conseguir transporte para ir a las citas médicas o le proporcionó fichas o vales para ayudarle a pagar por su transporte a las citas médicas?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7da

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

Con las necesidades básicas como:
encontrar un lugar donde vivir

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7db

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

Con las necesidades básicas como:
conseguir un trabajo o consejería de empleos

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7dc

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

Con las necesidades básicas como:
servicios de cuidado de niños

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7dd

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

Con las necesidades básicas como:

ayudarle a conseguir alimentos

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7de

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname. . .)

Con las necesidades básicas como:

ayudarle a conseguir ropa o zapatos para ^Fillyouname

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7df

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a usted. . .)

Con las necesidades básicas como:

ayudarle a obtener medicamentos gratis para ^Fillyouname

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7e_a

(¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le proporcionó)

Educación de salud, ya sea individual o en grupo, para hablar sobre cosas como dejar de fumar, cambiar su dieta o acerca de la crianza de los hijos?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7e_b

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le proporcionó alguna consejería de apoyo, tal como consejería familiar, asesoría de violencia doméstica o de abuso de sustancias?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7e_c

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le proporcionó un traductor o intérprete para ayudarle a comunicarse con el médico u otro profesional de la salud? Esta persona pudo estar en la clínica o por teléfono.

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7e_d

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le visitó a ^Fillyouname en su hogar para hablar sobre las necesidades de atención médica o sobre otras necesidades?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7e_e

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ofreció servicios gratis fuera del centro médico, como en una feria de salud? Esto puede ser vacunas contra la gripe o chequeo de la presión arterial u otros servicios.

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7f

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le ayudó a ^Fillyouname con otros tipos de problemas?

Type: TNA

1 = SÍ

2 = NO

3 = N/A – NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA8

Por favor especifique qué tipo de ayuda recibió ^Fillyouname para afrontar estos otros tipos de problemas.

Type: STRING[80]

HEA9

^FillHEA9

Type: THEA9f

1 = CAMINANDO

2 = CONDUCIENDO UN AUTOMÓVIL

3 = OTRA PERSONA ME LLEVA EN SU AUTOMÓVIL

4 = EN AUTOBÚS, TREN SUBTERRÁNEO U OTRO TIPO DE TRANSPORTE PÚBLICO

5 = TAXI

6 = EN LA CAMIONETA O EL VAN DEL CENTRO DE SALUD (O DE OTRO SERVICIO DE TRANSPORTE QUE TIENE LA AGENCIA)

7 = OTRO

HEA9a

¿Qué tan lejos vive usted de ^strHealthCenter?

MILES

Type: STRING[3]

HEA10min

¿Cómo cuánto tiempo le toma llegar hasta allí por lo general?

MINUTES

Type: 0..59

HEA10hr

¿Cómo cuánto tiempo le toma llegar hasta allí por lo general?

HOURS

Type: 0..9

HEA12

¿Desde hace cuánto tiempo ha estado yendo al centro médico?

Type: Tlong

1 = MENOS DE 6 MESES

2 = POR LO MENOS 6 MESES PERO MENOS DE 1 AÑO

3 = POR LO MENOS 1 AÑO PERO MENOS DE 3 AÑOS

4 = POR LO MENOS 3 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS

5 = 5 AÑOS O MÁS

HEA13

Para la siguiente serie de preguntas, por favor no incluya las consultas dentales o la atención médica que haya recibido cuando se quedó una noche en un hospital.

En los últimos 12 meses, es decir desde ^str12mth, ¿cuántas veces fue a este centro de salud para obtener atención médica para usted mismo(a)?

Type: Time

0 = NINGUNA VEZ

1 = 1 VEZ

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = DE 5 A 9 VECES

6 = 10 VECES O MÁS

HEA14

En los últimos 12 meses, ¿llamó por teléfono a este centro médico para obtener una cita debido a una enfermedad, lesión o trastorno de salud que necesitaba atención inmediata?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HEA15

En los últimos 12 meses, cuando llamó por teléfono a este centro médico para hacer una cita porque necesitaba atención inmediata, ¿con qué frecuencia consiguió la cita cuando la necesitaba? ¿Diría que nunca, a veces, usualmente o siempre?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA17

En los últimos 12 meses, ¿hizo alguna cita para un chequeo o atención de rutina en este centro médico?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

HEA18

En los últimos 12 meses, cuando hizo una cita para un chequeo o atención de rutina en este centro médico, ¿con qué frecuencia consiguió la cita cuando la necesitaba?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA22

En los últimos 12 meses, ¿habló por teléfono a este centro de salud para hacer una pregunta médica durante el horario normal de trabajo?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HEA23

En los últimos 12 meses, cuando habló por teléfono al centro de salud durante el horario normal de trabajo, ¿con qué frecuencia obtuvo respuesta a su pregunta médica el mismo día?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA24

En los últimos 12 meses, ¿habló por teléfono al centro de salud para hacer una pregunta médica después del horario normal de trabajo?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HEA25

En los últimos 12 meses, cuando habló por teléfono al centro de salud después del horario normal de trabajo, ¿con qué frecuencia obtuvo respuesta a su pregunta médica cuando la necesitaba?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA26

Algunos consultorios médicos les recuerdan a los pacientes sobre sus pruebas, tratamiento o citas. En los últimos 12 meses, ¿recibió recordatorios de su centro médico entre cada consulta?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HEA27

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia vio al médico u otro profesional de la salud en este centro médico en los siguientes 15 minutos de su cita?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA29

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ese médico u otro profesional de la salud le escuchó con atención?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA30

En los últimos 12 meses, ¿habló con ese médico u otro profesional de la salud acerca de sus preguntas o preocupaciones sobre su salud?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HEA31

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ese médico u otro profesional de la salud le dio información que fuera fácil de entender acerca de estas preguntas o preocupaciones sobre su salud?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA32

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ese médico u otro profesional de la salud parecía saber los datos importantes sobre sus antecedentes médicos?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA33

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ese médico u otro profesional de la salud le mostró respeto sobre lo que usted decía?

Type: Tappt

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = USUALMENTE

4 = SIEMPRE

HEA34

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ese médico u otro profesional de la salud le dedicó el tiempo suficiente?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA35

En los últimos 12 meses, ¿ordenó ese médico u otro profesional de la salud que le hicieran análisis de sangre, radiografías u otro tipo de pruebas?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HEA36

En los últimos 12 meses, cuando ese médico u otro profesional de la salud ordenó los análisis de sangre, radiografías u otro tipo de pruebas, ¿con qué frecuencia alguien del centro médico le dio seguimiento y le dio los resultados?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA41

Usando un número del 0 al 10, donde 0 significa el peor proveedor médico posible y 10 significa el mejor proveedor médico posible, ¿qué número usaría para calificar ese médico u otro profesional de la salud?

Type: Tworst
0 = 0 PEOR PROVEEDOR MÉDICO POSIBLE
1 = 1
2 = 2
3 = 3
4 = 4
5 = 5
6 = 6
7 = 7
8 = 8
9 = 9
10 = 10 MEJOR PROVEEDOR MÉDICO POSIBLE

HEA41a

¿Recomendaría usted ^strHealthCenter a su familia y amistades? ¿Diría que definitivamente sí, sí algo o no?

Type: Tdef
1 = SÍ - DEFINITIVAMENTE
2 = SÍ - ALGO
3 = NO

HEA51

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los empleados y recepcionistas del este centro médico fueron tan serviciales como usted pensó que deberían serlo?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES

3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA52

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los empleados y recepcionistas de este centro médico lo(a) trataron con cortesía y respeto?

Type: Tappt
1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

HEA20

¿Cuáles son las razones por las que ^Fillyouname va a ^strHealthCenter para su atención médica, en lugar de ir a otro lugar? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD HEA4

Type: SET[13] OF THEA20f
1 = UBICACIÓN CONVENIENTE
2 = HORARIO DE ATENCIÓN CONVENIENTE
3 = COBRAN TARIFAS RAZONABLES
4 = PUEDE SER ATENDIDO SIN PREVIA CITA, O PUEDE CONSEGUIR UNA CITA DE INMEDIATO
5 = UNA VEZ QUE ESTÁ ALLÍ NO TIENE QUE ESPERAR MUCHO PARA QUE LO(A) ATIENDAN
6 = BRINDAN CUIDADO DE NIÑOS
7 = BRINDAN TRANSPORTACIÓN O VALES PARA TRANSPORTACIÓN
8 = HAY UNA PERSONA QUE HABLA SU IDIOMA
9 = ATENCIÓN DE CALIDAD
10 = ES EL ÚNICO CENTRO MÉDICO EN EL ÁREA
11 = EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO
12 = EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES CON MI SEGURO MÉDICO
13 = OTRO

HEA20_OTH

Por favor especifique las otras razones por las que ^Fillyouname va a ^strHealthCenter para su atención médica, en lugar de ir a otro lugar.

Type: STRING[80]

HEA56

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar es la razón principal por la que ^Fillyouname va a ^strHealthCenter para su atención médica, en lugar de ir a otro lugar?

Type: THEA56S
1 = ^FillTHEA20[1]
2 = ^FillTHEA20[2]
3 = ^FillTHEA20[3]
4 = ^FillTHEA20[4]
5 = ^FillTHEA20[5]
6 = ^FillTHEA20[6]
7 = ^FillTHEA20[7]
8 = ^FillTHEA20[8]
9 = ^FillTHEA20[9]
10 = ^FillTHEA20[10]
11 = ^FillTHEA20[11]
12 = ^FillTHEA20[12]

13 = ^FillTHEA20[13]

INS2

Las siguientes preguntas son sobre la cobertura de seguro médico que ^Fillyouname tiene actualmente. Al responder estas preguntas, le pido que no incluya planes que solo cubren un tipo de servicio, como los planes de cuidado dental o los planes que pagan medicamentos recetados.

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de un seguro médico proporcionado por un empleador o un sindicato o 'unión'? Este puede ser un seguro a través de un empleo actual, un empleo anterior o del empleo de alguien más

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS2a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname cobertura de seguro médico proporcionado por un empleador o un sindicato o 'unión'?

Type: TQuartr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS4

Medicare es un programa de seguro médico para personas de 65 años de edad o más y para personas con ciertas discapacidades.

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de Medicare?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS4a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname cobertura de Medicare?

Type: TQuartr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS5

^strState tiene varios programas que ayudan a personas de ingresos bajos y moderados a que obtengan cobertura médica. Esto incluye ^strMcaid y ^strSCHIP. Puede ser que usted conozca ^strMcaid con otros nombres, tales como Medicaid u otros nombres. Puede ser que usted conozca ^strSCHIP como CHIP.

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de ^strMcaid o ^strSCHIP?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS5a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname cobertura de ^strMcaid o ^strSCHIP?

Type: TQuartr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS6

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de un plan de seguro médico de ^strHIE que fue comprado a través de ^strAgency?

IF NEEDED: ^strAgency es una dependencia del gobierno que ayuda a las personas a comprar cobertura de seguro médico si no tienen acceso al seguro médico a través de un empleo.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS6a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname seguro médico a través de ^strHIE?

Type: TQuatr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS7

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de un plan de seguro médico que compró directamente de una compañía de seguros o un agente de seguros, es decir, un plan que no se ofrece a través de su empleador o sindicato actual o anterior?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS7a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname el seguro médico que compró directamente de una compañía de seguros o un agente de seguros?

Type: TQuatr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS8

¿Tiene ^Fillyouname cobertura de algún otro tipo de seguro médico? Por ejemplo, cobertura para el personal militar y sus familias, como CHAMPUS, TRICARE, CHAMP-VA y VA.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS8a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname cobertura de este otro tipo de seguro médico?

Type: TQuatr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS9

De acuerdo a la información que ha proporcionado, ^Fillyouname no tiene seguro médico actualmente. ¿Es eso correcto?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS10

¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene ^Fillyouname?

CODE ONE OR MORE

Type: SET[7] OF TINS10a

1 = Seguro a través del empleador o sindicato/unión

2 = Seguro a través de ^strHIE de ^strAgency

3 = Seguro que compró directamente de una compañía o agente de seguros

4 = Medicare

5 = ^strMcaid, medicaid, ^strSCHIP, CHIP o alguna otra cobertura de seguro médico público

6 = Champus, Tricare, Champ-VA, VA o algún otro servicio médico militar

7 = ALGÚN OTRO TIPO DE COBERTURA

INS10_OTH

Por favor, especifique el otro tipo de cobertura que tiene ^Fillyouname.

Type: STRING[40]

INS10a

¿Desde cuándo tiene ^Fillyouname esa cobertura de seguro médico?

Type: TQuatr

1 = Menos de 3 meses

2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses

3 = Hace más de 6 meses pero menos de 12 meses

4 = Hace 12 meses o más

INS11

Durante los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿tuvo seguro médico todo el tiempo, o en algún momento durante el año ^Fillyouname que no tuvo ninguna cobertura de seguro médico?

Type: Thadins

1 = INSURED ALL THE TIME

2 = HAD A TIME WITHOUT INSURANCE

INS12

¿Hace cuántos meses estuvo ^Fillyouname sin cobertura de seguro médico por un periodo de tiempo?

MONTHS

Type: 1..12

INS13

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál fue la razón principal por la que ^Fillyouname no tuvo cobertura de seguro médico en ese periodo de tiempo?

SHOWCARD INS1

Type: Tnoins

- 1 = PERDIÓ EL TRABAJO O TRABAJÓ MENOS HORAS
- 2 = CONSIGUIÓ TRABAJO O TRABAJÓ MÁS HORAS
- 3 = CAMBIÓ DE TRABAJO
- 4 = SE CASÓ
- 5 = SE DIVORCIÓ
- 6 = TUVO UN BEBÉ
- 7 = SE ENFERMÓ O LESIONÓ
- 8 = CUESTA DEMASIADO
- 9 = NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA
- 10 = BECAME INELIGIBLE FOR COVERAGE
- 11 = OTRA RAZÓN

INS13_OTH

Por favor, especifique la otra razón por la que ^Fillyouname no tuvo cobertura de seguro médico.

Type: STRING[40]

INS14

Por favor mire esta tarjeta. La última vez que ^Fillyouname tuvo cobertura de seguro médico, ¿qué tipo de cobertura de seguro médico tuvo ^Fillyouname?

SHOWCARD INS2

Type: SET[8] OF TinsurC

- 1 = SEGURO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR O SINDICATO/UNIÓN
- 2 = SEGURO A TRAVÉS DE UN PLAN ESTATAL HIE O DE UN AGENCIA ESTATAL/FEDERAL
- 3 = SEGURO QUE COMPRÓ DIRECTAMENTE DE UNA COMPAÑÍA O AGENTE DE SEGUROS
- 4 = MEDICARE
- 5 = MEDICAID, SCHIP CHIP O ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PÚBLICO
- 6 = CHAMPUS, TRICARE, CHAMP-VA, VA O ALGÚN OTRO SERVICIO MÉDICO MILITAR
- 7 = ALGÚN OTRO TIPO DE COBERTURA
- 8 = NUNCA HA TENIDO COBERTURA

INS14_OTH

Por favor, especifique el otro tipo de cobertura que tuvo ^Fillyouname la última vez.

Type: STRING[40]

INS15

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que ^Fillyouname ya no tiene esa cobertura de seguro médico?

Type: TINS15a

- 1 = PERDIÓ EL TRABAJO O TRABAJÓ MENOS HORAS
- 2 = CONSIGUIÓ TRABAJO O TRABAJÓ MÁS HORAS
- 3 = CAMBIÓ DE TRABAJO
- 4 = SE CASÓ
- 5 = SE DIVORCIÓ
- 6 = TUVO UN BEBÉ
- 7 = SE ENFERMÓ O LESIONÓ
- 8 = CUESTA DEMASIADO
- 9 = AHORA ES ELEGIBLE PARA OTRA COBERTURA
- 10 = YA NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA
- 11 = OTRA RAZÓN

INS15_OTH

Por favor especifique cuál fue la otra razón por la que ^Fillyouname no tuvo cobertura de seguro médico.

Type: STRING[40]

INS3a

¿^FillDoesDoplans de seguro parte del costo de los medicamentos que le recetó un médico?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS3b

¿^FillDoesDoplans de seguro parte del costo del cuidado dental?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS3c

¿^FillDoesDoplans de seguro parte del costo del cuidado de los ojos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS3d

¿^FillDoesDoplans de seguro parte del costo de salud mental?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INS16

Anteriormente, me dijo que ^Fillyouname ha tenido su cobertura de seguro médico actual por menos de un año. ¿Tuvo algún tipo de cobertura médica justo antes de eso o ^Fillwereyou no estaba asegurado(a) antes de que obtuviera su cobertura de seguro médico actual?

IF NEEDED: Al decir 'justo antes' me refiero al mes anterior al inicio de su cobertura de seguro médico actual.

Type: Tinsbef

1 = TUVO COBERTURA JUSTO ANTES

2 = NO TENÍA SEGURO JUSTO ANTES

INS17

¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tenía ^Fillyouname justo antes de su cobertura actual?

CODE ONE OR MORE

Type: SET[8] OF Tinsur

1 = Seguro a través del empleador o sindicato/unión

2 = Seguro a través de ^strHIE de ^strAgency

3 = Seguro que compró directamente de una compañía o agente de seguros

4 = Medicare

5 = ^strMcaid, medicaid, ^strSCHIP, CHIP o alguna otra cobertura de seguro médico público

6 = Champus, Tricare, Champ-VA, VA o algún otro servicio médico militar

7 = ALGÚN OTRO TIPO DE COBERTURA

8 = NUNCA HA TENIDO COBERTURA

INS17_OTH

Por favor, especifique la otra cobertura de seguro médico que tenía ^FillyouNAME justo antes de su cobertura actual.

Type: STRING[40]

INS18

¿Cuál fue la razón principal por la que ^Fillyouname cambió de plan de seguro médico en ese entonces?

Type: TINS15a

- 1 = PERDIÓ EL TRABAJO O TRABAJÓ MENOS HORAS
- 2 = CONSIGUIÓ TRABAJO O TRABAJÓ MÁS HORAS
- 3 = CAMBIÓ DE TRABAJO
- 4 = SE CASÓ
- 5 = SE DIVORCIÓ
- 6 = TUVO UN BEBÉ
- 7 = SE ENFERMÓ O LESIONÓ
- 8 = CUESTA DEMASIADO
- 9 = AHORA ES ELEGIBLE PARA OTRA COBERTURA
- 10 = YA NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA
- 11 = OTRA RAZÓN

INS18_OTH

Por favor, especifique la otra razón por la que ^Fillyouname cambió de plan de seguro médico.

Type: STRING[40]

INS19

Para la siguiente pregunta, me gustaría que se enfoque en el deducible anual que se aplica a la atención del médico y del hospital dentro de la red de proveedores de su plan. ¿Tiene la cobertura del seguro médico de ^Fillyouname un deducible anual para la atención médica? Un deducible es la cantidad que ^Fillyouname tiene que pagar antes de que su plan empiece a pagar sus cuentas médicas.

IF NEEDED: El deducible es diferente al co-pago. Un co-pago es el pago por una consulta de un médico u otro servicio médico y un deducible es la cantidad que usted paga antes de que su plan de seguro comience a pagar ^FillINS19.

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

INS21

¿Diría que es. . . ?

Type: Tins21a

- 1 = Menos de \$100 dólares
- 2 = Entre \$100 y \$499 dólares
- 3 = Entre \$500 y \$999 dólares
- 4 = Entre \$1,000 y \$1,999 dólares
- 5 = Entre \$2,000 y \$2,999 dólares
- 6 = Entre \$3,000 y \$4,999 dólares
- 7 = Entre \$5,000 y \$9,999 dólares
- 8 = \$10,000 dólares o más

INS22

¿Paga una prima mensual por ^FILLINS22? Esto incluye dinero que se deduce de su cheque de pago así como dinero que usted paga directamente a una compañía de seguros.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

INS23

¿Cómo cuánto paga de prima mensual, incluyendo cualquier cantidad que se deduce de su cheque de pago?

IF NEEDED: Esta es la prima que paga por todo el plan, aunque incluya a otros miembros de la familia.

IF NEEDED: Su mejor cálculo es suficiente.

MONTHLY

Type: T20000

INS24

¿Diría que es. . . ?

Type: Tins24a
1 = Menos de \$100 dólares al mes
2 = Entre \$100 y \$249 dólares al mes
3 = Entre \$250 y \$499 dólares al mes
4 = Entre \$500 y \$749 dólares al mes
5 = Entre \$750 y \$999 dólares al mes
6 = Entre \$1,000 y \$1,499 dólares al mes
7 = \$1,500 dólares o más al mes

INS25a

Ahora me gustaría preguntarle cuánto pagaron usted y su familia "de su propio bolsillo" por atención médica en los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth. "De su propio bolsillo" es la cantidad de dinero que usted paga que no está cubierta por ningún seguro médico o asistencia especial que usted pueda tener. No incluye primas mensuales que usted paga por seguro médico o por costos de atención médica por la que se le reembolsará.

¿Cuánto gastaron usted y su familia "de su propio bolsillo" en los últimos 12 meses, por. . .

Medicamentos recetados?

IF NEEDED: La prima es el precio que usted paga por la póliza de seguro.

IF NEEDED: Su mejor cálculo es suficiente.

Type: T9999

INS25b

(¿Cuánto gastaron usted y su familia "de su propio bolsillo" en los últimos 12 meses, por. . .)

Cuidado dental y de la vista?

Type: T9999

INS25c

(¿Cuánto gastaron usted y su familia "de su propio bolsillo" en los últimos 12 meses, por. . .)

Todos los otros gastos médicos, incluyendo médicos, hospitales, exámenes y equipo?

Type: T9999

intPlan

Type: 0..9

PRS1

Las siguientes preguntas son sobre medicamentos recetados.

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿usted o un médico pensaron que ^Fillyouname necesitaba medicamentos recetados?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRS2

En los últimos 12 meses, ¿no pudo ^Fillyouname obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRS2a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor las razones por las que ^Fillyouname no pudo obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD PRS1

Type: SET[12] OF TPRS2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR EL MEDICAMENTO RECETADO

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL MEDICAMENTO RECETADO

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

4 = PROBLEMAS PARA IR A LA FARMACIA/ TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO A LOS EMPLEADOS DE LA FARMACIA

7 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

8 = NO SABÍA A DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA A SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA

12 = OTRA RAZÓN

PRS2a_OTH

¿Cuál fue la otra razón por la que ^Fillyouname no pudo obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba?

Type: STRING[40]

PRS2a1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname no pudo obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TPRS2aS

1 = ^FillPRS2a[1]

2 = ^FillPRS2a[2]

3 = ^FillPRS2a[3]

4 = ^FillPRS2a[4]

5 = ^FillPRS2a[5]
 6 = ^FillPRS2a[6]
 7 = ^FillPRS2a[7]
 8 = ^FillPRS2a[8]
 9 = ^FillPRS2a[9]
 10 = ^FillPRS2a[10]
 11 = ^FillPRS2a[11]
 12 = ^FillPRS2a[12]

PRS3

En los últimos 12 meses, ¿se tardó ^Fillyouname en obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap
 1 = SÍ
 2 = NO

PRS3a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuáles son las razones por las que ^Fillyouname se tardó en obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD PRS1

Type: SET[12] OF TPRS2a
 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR EL MEDICAMENTO RECETADO
 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL MEDICAMENTO RECETADO
 3 = LA FARMACIA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
 4 = PROBLEMAS PARA IR A LA FARMACIA/ TRANSPORTE
 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
 6 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO A LOS EMPLEADOS DE LA FARMACIA
 7 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
 8 = NO SABÍA A DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA A SU(S) NIÑO(S)
 10 = NO TENÍA TIEMPO, O LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
 11 = NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA
 12 = OTRA RAZÓN

PRS3a_OTH

¿Cuál fue la otra razón por la que ^Fillyouname se tardó en obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: STRING[40]

PRS3a1

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar mejor describe la razón principal por la que ^Fillyouname se tardó en obtener los medicamentos recetados que ^Fillyouheshe o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TPRS3aS
 1 = ^FillPRS3a[1]
 2 = ^FillPRS3a[2]
 3 = ^FillPRS3a[3]
 4 = ^FillPRS3a[4]
 5 = ^FillPRS3a[5]
 6 = ^FillPRS3a[6]
 7 = ^FillPRS3a[7]
 8 = ^FillPRS3a[8]
 9 = ^FillPRS3a[9]

10 = ^FillPRS3a[10]

11 = ^FillPRS3a[11]

12 = ^FillPRS3a[12]

PRS5

¿Toma ^Fillyouname algún medicamento recetado en forma regular o de manera continua?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRS6

¿Dónde obtiene ^Fillyouname normalmente sus medicamentos recetados? ¿Usted. . .?

Type: TPRS6f

1 = los obtiene en ^strHealthCenter

2 = obtiene algunos de ellos en ^strHealthCenter y algunos de ellos en otro lugar

3 = los obtiene en un lugar que no es ^strHealthCenter

PRS6a

¿Me puede decir dónde obtiene ^Fillyouname normalmente sus medicamentos recetados aparte de ^strHealthCenter?

Type: STRING[60]

PRS7

¿Cómo cuántos medicamentos recetados distintos toma generalmente ^Fillyouname en un mes?

Type: 0..25

PRS8

Piense en la última vez que alguien en ^strHealthCenter le recetó un medicamento a ^Fillyouname. ¿Estuvo satisfecho(a) con la manera en que le explicaron las instrucciones acerca de los medicamentos, por ejemplo, cómo debía tomarlos y los posibles efectos secundarios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRS9

¿Estuvo satisfecho(a) con la manera en que le contestaron sus preguntas acerca de los medicamentos?

Type: TPRS9f

1 = SÍ

2 = NO

3 = NO TUVO PREGUNTAS

DENPRE1

¿Tiene su niño(a) algún diente de leche?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN1

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado dental.

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿usted o un dentista pensaron que ^Fillyouname necesitaba algún tipo de

cuidado, exámenes o tratamientos dentales?

NOTE: CODE YES IF A DOCTOR BELIEVED DENTAL CARE WAS NECESSARY

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN2

En los últimos 12 meses, ¿^Fillyouname no pudo recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales cuando usted o un dentista pensaban que eran necesarios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN3

¿Qué tipo de cuidado, examen o tratamiento dental necesitaba ^Fillyouname pero no lo recibió?

Type: STRING[40]

DEN4

Por favor mire esta tarjeta y describa las razones por las que ^Fillyouname no pudo recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD DEN1

Type: SET[12] OF TDEN4s

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO DENTAL

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DENTISTA

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO DENTAL

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL

12 = OTRO

DEN4_OTH

Por favor especifique la razón por la que ^Fillyouname no pudo recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios.

Type: STRING[40]

DEN5

¿Cuáles de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname no pudo recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios?

Type: TDEN5S

1 = ^FillDEN5[1]

2 = ^FillDEN5[2]

3 = ^FillDEN5[3]

4 = ^FillDEN5[4]

5 = ^FillDEN5[5]

6 = ^FillDEN5[6]
 7 = ^FillDEN5[7]
 8 = ^FillDEN5[8]
 9 = ^FillDEN5[9]
 10 = ^FillDEN5[10]
 11 = ^FillDEN5[11]
 12 = ^FillDEN5[12]

DEN6

En los últimos 12 meses, ¿se tardó ^Fillyouname en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios?

Type: TYNcap
 1 = SÍ
 2 = NO

DEN7

¿Qué tipo de cuidado, examen o tratamiento dental se tardó en recibir ^Fillyouname?

Type: STRING[40]

DEN8

Por favor mire esta tarjeta y describa las razones por las que ^Fillyouname se tardó en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD DEN1

Type: SET[12] OF TDEN4s
 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO DENTAL
 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL
 3 = EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE
 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DENTISTA
 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO DENTAL
 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
 11 = TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL
 12 = OTRO

DEN8_OTH

Por favor especifique las otras razones por la que ^Fillyouname se tardó en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios.

Type: STRING[40]

DEN9

¿Cuáles de las razones que me acaba de mencionar describe la razón principal por la que ^Fillyouname se tardó en recibir el cuidado dental que ^Fillyouheshe o un dentista pensaban que eran necesarios?

SHOWCARD DEN1

Type: TDEN9S
 1 = ^FillDEN9[1]
 2 = ^FillDEN9[2]
 3 = ^FillDEN9[3]

4 = ^FillIDEN9[4]
5 = ^FillIDEN9[5]
6 = ^FillIDEN9[6]
7 = ^FillIDEN9[7]
8 = ^FillIDEN9[8]
9 = ^FillIDEN9[9]
10 = ^FillIDEN9[10]
11 = ^FillIDEN9[11]
12 = ^FillIDEN9[12]

DEN10

¿Cómo cuánto tiempo hace desde la última vez que ^Fillyouname fue a ver a un dentista? Incluya todo tipo de dentistas, tales como ortodoncistas, cirujanos orales y todos los otros especialistas dentales, así como higienistas dentales

Type: TDEN10o

1 = 6 MESES O MENOS
2 = MÁS DE 6 MESES, PERO NO MÁS DE UN AÑO
3 = MÁS DE UN AÑO, PERO NO MÁS DE 2 AÑOS
4 = MÁS DE 2 AÑOS, PERO NO MÁS DE 5 AÑOS
5 = HACE MÁS DE 5 AÑOS
99 = NUNCA HA IDO AL DENTISTA

DEN10b

¿Alguna vez le han hecho a ^Fillyouname un examen de cáncer oral en el que un doctor o un dentista le jala la lengua, a veces con una gaza alrededor de ella, y le toca la parte interior de las mejillas?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

DEN10c

¿Alguna vez le han hecho a ^Fillyouname un examen de cáncer oral en el que un doctor o un dentista toca su cuello?

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

DEN10d

¿Cuándo fue la vez más reciente que le hicieron el examen de cáncer oral o de la boca a ^Fillyouname? ¿Fue durante el año pasado, entre 1 a 3 años o hace más de 3 años?

Type: TDEN10d

1 = Durante el año pasado
2 = Entre 1 a 3 años
3 = Hace más de 3 años

DEN10e

¿Qué le hicieron a ^Fillyouname la vez más reciente que fue al dentista? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD DEN2

Type: SET[12] OF TDEN10e

1 = RADIOGRAFÍA (RAYOS X)
2 = LIMPIEZA DE DIENTES
3 = EXAMEN O CHEQUEO
4 = TAPAS O EMPASTES DE DIENTES O MUELAS
5 = EXTRACCIONES DE DIENTES O MUELAS

- 6 = TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR ('ROOT CANAL')
- 7 = CORONAS
- 8 = PUENTES, DENTADURAS, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS, REEMPLAZOS O REPARACIONES
- 9 = ORTODONCIA – AJUSTE DE LA MORDIDA/MANDÍBULA, FRENILLOS (BRACES), RETENEDORES (RETAINERS), ETC
- 10 = PERIODONCIA – POR EJEMPLO, TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS
- 11 = ADHESIÓN DENTAL
- 12 = CIRUGÍA

DEN11

En los últimos 12 meses, cuando ^Fillyouname fue a ver a un dentista, ¿cuántas de sus consultas dentales fueron en ^strHealthCenter?
¿Diría que...?

- Type: TDEN11o
- 1 = Todas las consultas
 - 2 = Algunas de las consultas
 - 3 = Ninguna de las consultas

DEN12

¿Cómo calificaría los servicios dentales que ^Fillyouname recibió en ^strHealthCenter?
Usando un número del 0 al 10, donde 0 significa el peor servicio dental posible y 10 significa el mejor servicio dental posible, ¿qué número usaría para calificar el servicio dental que ^Fillyouname recibió en ^strHealthCenter en los últimos 12 meses?

- Type: TDEN12o
- 0 = 0 PEOR SERVICIO DENTAL POSIBLE
 - 1 = 1
 - 2 = 2
 - 3 = 3
 - 4 = 4
 - 5 = 5
 - 6 = 6
 - 7 = 7
 - 8 = 8
 - 9 = 9
 - 10 = 10 MEJOR SERVICIO DENTAL POSIBLE

DEN13

^FillIDEN13¿Lo(a) remitió ^strHealthCenter al otro lugar donde ^Fillyouname recibió servicios dentales?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

DEN13a

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿con qué frecuencia usted o un proveedor del cuidado dental hablaron en forma específica sobre las maneras de prevenir problemas dentales?

- Type: TDEN13a
- 1 = Nunca
 - 2 = A veces
 - 3 = Por lo general
 - 4 = Siempre

DEN14

Ahora quisiera preguntarle acerca del estado de sus dientes y encías.

La siguiente pregunta se refiere al número de dientes permanentes que usted ha perdido. No considere como "dientes perdidos" a las

muelas del juicio, los dientes "de leche" o los dientes que le extrajeron en un tratamiento de ortodoncia. ¿Ha perdido. . .?

IF ASKED: Ortodoncia significa alinear o enderezar los dientes.

Type: TDEN14o

1 = Todos sus dientes permanentes

2 = Algunos de sus dientes permanentes

3 = No ha perdido ninguno de sus dientes permanentes

DEN15

¿Cuántos de sus dientes permanentes ha perdido?

Type: 0..20

DEN15a

¿Ha reemplazado alguno de los dientes que perdió con dentaduras postizas completas o parciales, dientes postizos, implantes dentales, puentes o planchas dentales?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN16a

En general, ¿cómo describiría la salud de ^FILLDEN16a?

¿Diría que...?

Type: TDEN16a

1 = Excelente

2 = Muy buena

3 = Buena

4 = Regular

5 = Mala

DEN16b

Ahora tengo algunas preguntas sobre la condición de sus dientes postizos. ¿Diría usted que la condición de sus dientes postizos es. . . ?

Type: TDEN16a

1 = Excelente

2 = Muy buena

3 = Buena

4 = Regular

5 = Mala

DEN17a

Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas...

Dolor o sensibilidad dental?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN17b

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

Sangrado en las encías?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN17c

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes torcidos?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN17e

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes quebrados o ausentes?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN17f

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes manchados o descoloridos?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN17g

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

Empastes quebrados o ausentes?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN17h

(Durante los últimos 6 meses, es decir, desde el ^str6mtn, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas. . .)

^FilIDEN17h

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DEN18a

Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas por más de un día...

Dolor en la quijada?

Type: TYNcap
1 = SÍ

2 = NO

DEN18b

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .)

Llagas en el interior de la boca?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN18c

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .)

Dificultad al comer o masticar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN18d

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .)

Mal aliento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN18f

(Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido ^Fillyouname alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .)

Sequedad en la boca?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN19a

¿Interfirieron los problemas que tuvo ^Fillyouname en la boca o los dientes con algo de lo siguiente...

su trabajo o la escuela?

Type: TDEN19a

1 = YES

2 = NO

3 = NOT WORKING / NOT AT SCHOOL

DEN19b

¿Interfirieron los problemas que tuvo ^Fillyouname en la boca o los dientes con algo de lo siguiente. . .

dormir?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN19c

(¿Interfirieron los problemas que tuvo ^Fillyouname en la boca o los dientes con algo de lo siguiente. . .)

actividades sociales, tales como salir o andar con otras personas?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DEN19d

(¿Interfirieron los problemas que tuvo ^Fillyouname en la boca o los dientes con algo de lo siguiente. . .)

sus actividades de rutina en el hogar?

Type: TDEN19d

1 = YES

2 = NO

3 = DONT HAVE A HOME

DEN_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

MEN1

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos que haya tenido en los últimos 30 días. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en ^strHealthCenter. También tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Type: TCont

1 = Continue

MEN1a

Por favor mire esta tarjeta. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .

tan triste que nada le alegraba?

SHOWCARD MEN1

Type: TMEN1a

1 = TODO EL TIEMPO

2 = CASI TODO EL TIEMPO

3 = PARTE DEL TIEMPO

4 = POCO TIEMPO

5 = NINGUNA VEZ

MEN1b

(Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .)

nervioso(a)?

SHOWCARD MEN1

Type: TMEN1a

1 = TODO EL TIEMPO

2 = CASI TODO EL TIEMPO

- 3 = PARTE DEL TIEMPO
- 4 = POCO TIEMPO
- 5 = NINGUNA VEZ

MEN1c

(Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .)

intranquilo(a) o inquieto(a)?

SHOWCARD MEN1

- Type: TMEN1a
- 1 = TODO EL TIEMPO
 - 2 = CASI TODO EL TIEMPO
 - 3 = PARTE DEL TIEMPO
 - 4 = POCO TIEMPO
 - 5 = NINGUNA VEZ

MEN1d

(Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .)

Sin esperanzas?

SHOWCARD MEN1

- Type: TMEN1a
- 1 = TODO EL TIEMPO
 - 2 = CASI TODO EL TIEMPO
 - 3 = PARTE DEL TIEMPO
 - 4 = POCO TIEMPO
 - 5 = NINGUNA VEZ

MEN1e

(Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .)

que todo era un esfuerzo?

SHOWCARD MEN1

- Type: TMEN1a
- 1 = TODO EL TIEMPO
 - 2 = CASI TODO EL TIEMPO
 - 3 = PARTE DEL TIEMPO
 - 4 = POCO TIEMPO
 - 5 = NINGUNA VEZ

MEN1f

(Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió . . .)

que no valía nada?

SHOWCARD MEN1

- Type: TMEN1a
- 1 = TODO EL TIEMPO
 - 2 = CASI TODO EL TIEMPO
 - 3 = PARTE DEL TIEMPO

4 = POCO TIEMPO
5 = NINGUNA VEZ

MEN2

Acabamos de hablar sobre una serie de sentimientos que usted tuvo durante los últimos 30 días. Por lo regular, ¿cuánto interfirieron estos sentimientos con su vida o en sus actividades? ¿Diría usted que: mucho, algo, un poco o nada?

Type: TMEN2f
1 = MUCHO
2 = ALGO
3 = UN POCO
4 = NADA

MEN3

Las siguientes preguntas se refieren los sentimientos que haya tenido ^NAME. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en ^strHealthCenter. También tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.

PRESS 1 TO CONTINUE

Type: TCont
1 = Continue

MEN3a

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^Name durante los últimos 6 meses.)

¿No ha sido cooperativo?

Type: TMEN3a
1 = NO HA SIDO VERDAD
2 = A VECES HA SIDO VERDAD
3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3b

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Tiene dificultad para dormirse?

Type: TMEN3a
1 = NO HA SIDO VERDAD
2 = A VECES HA SIDO VERDAD
3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3c

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Tiene problemas del habla?

Type: TMEN3a
1 = NO HA SIDO VERDAD
2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3d

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Ha estado descontento(a), triste o deprimido(a)?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3e

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Ha tenido rabietas o ha estado malhumorado(a)?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3f

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Ha estado nervioso(a) o intranquilo(a)?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3g

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos que ^NAME haya tenido. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en ^strHealthCenter. También tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.

¿No se lleva bien con los otros niños?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3h

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿No puede concentrarse o prestar atención por largo tiempo?

Type: TMEN3a

- 1 = NO HA SIDO VERDAD
- 2 = A VECES HA SIDO VERDAD
- 3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3i

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Se siente que no vale nada o se siente inferior?

- Type: TMEN3a
- 1 = NO HA SIDO VERDAD
 - 2 = A VECES HA SIDO VERDAD
 - 3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3j

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Ha estado descontento(a), triste o deprimido(a)?

- Type: TMEN3a
- 1 = NO HA SIDO VERDAD
 - 2 = A VECES HA SIDO VERDAD
 - 3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3k

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Ha estado nervioso(a) o intranquilo(a)?

- Type: TMEN3a
- 1 = NO HA SIDO VERDAD
 - 2 = A VECES HA SIDO VERDAD
 - 3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN3l

(Le voy a leer una lista de comportamientos que describen a los niños. Para cada uno de estos comportamientos, dígame si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad para ^NAME durante los últimos 6 meses.)

¿Se comporta como un(a) niño(a) pequeño(a) para su edad?

- Type: TMEN3a
- 1 = NO HA SIDO VERDAD
 - 2 = A VECES HA SIDO VERDAD
 - 3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4a

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos que hayas tenido. Tus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en ^strHealthCenter. También tienes el derecho de rehusarte a responder cualquier pregunta que no desees contestar.

Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.

¿No puedes concentrarse o prestar atención por largo tiempo?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4b

(Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.)

¿Mientes o engañas a las personas?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4c

(Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.)

¿No te llevas bien con los otros niños/jóvenes?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4d

(Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.)

¿Has estado descontento(a), triste o deprimido(a)?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4e

(Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.)

¿Tienes bajo rendimiento o bajas calificaciones en tus estudios?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD

2 = A VECES HA SIDO VERDAD

3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN4f

(Te voy a leer una lista de comportamientos que describen a los adolescentes. Para cada uno de estos comportamientos, dime si es que no ha sido verdad, a veces ha sido verdad o si con frecuencia ha sido verdad acerca de ti durante los últimos 6 meses.)

¿Tienes dificultad para dormirte?

Type: TMEN3a

1 = NO HA SIDO VERDAD
2 = A VECES HA SIDO VERDAD
3 = CON FRECUENCIA HA SIDO VERDAD

MEN2a

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud te ha dicho que tenías depresión?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN2b

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud te ha dicho que tenías ansiedad generalizada?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN2c

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud te ha dicho que tenías un trastorno de ataques de pánico?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN5c

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud te ha dicho que tenías esquizofrenia?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN5d

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud te ha dicho que eras bipolar?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN5

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿usted o un médico pensaron que ^Fillyouname debía consultar a un profesional acerca de su salud mental, emociones o nervios?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

MEN5a

En los últimos 12 meses, ¿ha visto ^Fillyouname a un médico de atención primaria o a otro médico general por problemas de salud mental, emociones o nervios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN5b

En los últimos 12 meses, ¿ha visto ^Fillyouname a cualquier otro profesional, tal como un consejero, psiquiatra o trabajador social por problemas de salud mental, emociones o nervios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN6

En los últimos 12 meses, ¿no pudo ^Fillyouname obtener atención de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN6a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas declaraciones describe las razones por las que ^Fillyouname no pudo obtener la atención para la salud mental de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD MED2

Type: SET[12] OF TMEN6a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO

5 = HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA

12 = OTRO

MEN6a_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que ^Fillyouname no pudo obtener la atención de salud mental de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba.

Type: STRING[40]

MEN7a1

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas declaraciones describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname no pudo obtener la atención de salud mental de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

SHOWCARD MED1

Type: TMEN6aS

- 1 = ^FillMEN6a[1]
- 2 = ^FillMEN6a[2]
- 3 = ^FillMEN6a[3]
- 4 = ^FillMEN6a[4]
- 5 = ^FillMEN6a[5]
- 6 = ^FillMEN6a[6]
- 7 = ^FillMEN6a[7]
- 8 = ^FillMEN6a[8]
- 9 = ^FillMEN6a[9]
- 10 = ^FillMEN6a[10]
- 11 = ^FillMEN6a[11]
- 12 = ^FillMEN6a[12]

MEN7

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿se tardó ^Fillyouname en obtener la atención de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

MEN7a

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de estas declaraciones describe las razones por las que ^Fillyouname se tardó en obtener consejería de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba? Puede seleccionar una o más razones.

SHOWCARD MED2

Type: SET[12] OF TMEN6a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO
- 5 = HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA
- 12 = OTRO

MEN7a_OTH

Por favor especifique la otra razón por la que ^Fillyouname se tardó en obtener la consejería de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba.

Type: STRING[40]

MEN8a2

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que ^Fillyouname se tardó en obtener la consejería de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

Type: TMEN8a2S

- 1 = ^FillMEN7a[1]
- 2 = ^FillMEN7a[2]
- 3 = ^FillMEN7a[3]

- 4 = ^FillMEN7a[4]
- 5 = ^FillMEN7a[5]
- 6 = ^FillMEN7a[6]
- 7 = ^FillMEN7a[7]
- 8 = ^FillMEN7a[8]
- 9 = ^FillMEN7a[9]
- 10 = ^FillMEN7a[10]
- 11 = ^FillMEN7a[11]
- 12 = ^FillMEN7a[12]

MEN9a2

¿Alguna vez ha recibido algún tratamiento o consejería de salud mental?

Por favor incluya tratamiento con medicamento recetado, consejería de grupo, familiar, de pareja o individual con un proveedor de salud mental, tal como un trabajador social, psicólogo, psiquiatra, enfermera de psiquiatría u otro profesional de salud mental y tratamiento como paciente interno. No incluya consejería o recomendación de una amistad, o consejería espiritual a través de una iglesia o un grupo religioso.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN8

En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿recibió usted algún tratamiento o consejería de salud mental?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN8a

¿Para qué fue dicho tratamiento consejería? Puede seleccionar una o más opciones. ¿Fue para un problema de...?

CODE ALL THAT APPLY

Type: SET[4] OF TMEN8a

1 = Salud mental o emocional

2 = Problema de alcohol o drogas

3 = Problemas personales o familiares/ de una relación

4 = Otro

MEN9

¿Qué tipo de tratamiento y/o consejería recibió? Puede seleccionar una o más opciones. ¿Fue...?

CODE ALL THAT APPLY

Type: SET[5] OF TMEN9f

1 = Consejería individual

2 = Consejería de grupo

3 = Consejería familiar o de parejas

4 = Medicamento recetado

5 = Tratamiento de paciente internado en un hospital general o en un centro para el tratamiento de la salud mental

MEN10

¿Lo(a) remitió ^strHealthCenter a un hospital general o un centro de salud mental donde obtuvo el tratamiento?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN9a

¿Cuántas de las sesiones de tratamiento o consejería recibió en ^strHealthCenter? ¿Diría usted que...

Type: TDEN11o

1 = Todas las consultas

2 = Algunas de las consultas

3 = Ninguna de las consultas

MEN9b

Usando un número del 0 al 10, donde 0 significa mal servicio y 10 es servicio excelente, ¿qué número usaría para calificar el tratamiento o los servicios de consejería que recibió en ^strHealthCenter?

Type: TMEN9b

0 = 0 Mal servicio

1 = 1

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = 5

6 = 6

7 = 7

8 = 8

9 = 9

10 = 10 Servicio excelente

MEN9c

¿Lo(a) remitió ^strHealthCenter al otro lugar donde obtuvo el tratamiento o los servicios de consejería?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

MEN_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

SUB1a_INTRO

Las próximas preguntas son sobre el uso de sustancias. Sus respuestas a estas preguntas serán privadas y no se compartirán con ninguna persona del ^strHealthCenter. También tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Type: TCont

1 = Continue

Sub1a

¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1a1

¿Qué edad tenía usted cuando fumó un cigarrillo entero por primera vez?

ENTER 6 IF LESS THAN 6 YEARS OLD OR YOUNGER
ENTER 98 IF 98 YEARS OLD OR OLDER

Type: 6..99

SUB1b

Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?

Type: TSmoke
1 = EVERY DAY
2 = SOME DAYS
3 = NOT AT ALL

SUB1c

En promedio, ¿cuántos cigarrillos al día fuma usted actualmente?

NOTE: IF RESPONSE IS LESS THAN 1 - ENTER 1

CIGARETTES

Type: 1..99

SUB1d

Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días fumó usted cigarrillos?

DAYS

Type: 0..30

SUB1e

En promedio, en los días en que fumó durante los últimos 30 días, ¿cómo cuántos cigarrillos al día fumó usted?

NUMBER OF CIGARETTES

Type: 0..99

SUB1f

Durante los últimos 12 meses, ¿ha deseado dejar de fumar?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB1f1

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

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB1g

¿Alguna vez ha usado tabaco de mascar, tabaco en polvo "rapé" o "snuff", o tabaco picado "snus"?

IF NEEDED: "Snus" es un término sueco que significa tabaco en polvo o "snuff". Es un tabaco húmedo sin humo, que normalmente se vende en pequeñas bolsitas que se colocan debajo del labio pegado a las encías.

Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

SUB1h

¿Cuántos años tenía la primera vez que usó tabaco “sin humo”?

YEARS OLD

Type: 1..99

SUB1h1

¿Actualmente usa tabaco de mascar, tabaco en polvo "rapé" o “snuff”, o tabaco picado "snus" todos los días, algunos días o nunca?

IF NEEDED: “Snus” es un término sueco que significa tabaco en polvo o “snuff”. Es un tabaco húmedo sin humo, que normalmente se vende en pequeñas bolsitas que se colocan debajo del labio pegado a las encías.

Type: TSmoke
1 = EVERY DAY
2 = SOME DAYS
3 = NOT AT ALL

SUB1i

Ahora piense en los últimos 30 días, es decir desde el ^str30day. Durante los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco “sin humo”, aunque haya sido sólo una vez?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB1j

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que usó tabaco “sin humo”? ¿Diría que. . .?

Type: TPast
1 = More than 30 days ago but within the past 12 months,
2 = More than 12 months ago but within the past 3 years, or
3 = More than 3 years ago?

SUB1k

Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó algún doctor u otro profesional del cuidado de la salud que dejara de fumar cigarrillos o dejara de usar cualquier otro producto de tabaco?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB1l

¿Recibió ese consejo en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB1m

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted dejó de fumar cigarrillos?

Type: 1..365

SUB1m_UNITS

(¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted dejó de fumar cigarrillos?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TUnitAgo

1 = HACE DÍAS

2 = HACE SEMANAS

3 = HACE MESES

4 = HACE AÑOS

SUB1n

La última vez que trató de dejar de fumar, ¿usted...

Llamó a una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1p

(La última vez que trató de dejar de fumar, ¿usted...)

Usó un programa de ayuda para dejar de fumar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1q

(La última vez que trató de dejar de fumar, ¿usted...)

Recibió consejería personal de un profesional de la salud para ayudarle a dejar de fumar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1r

(La última vez que trató de dejar de fumar, ¿usted...)

Usó alguno de los siguientes medicamentos: un parche de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastillas de chupar de nicotina, espray o atomizador nasal de nicotina, inhalador de nicotina o pastillas como Wellbutrin®, Zyban®, bupropión, Chantix® o vareniciclina para ayudarle a dejar de fumar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1s

¿Fue esto...?

Type: TDrug

1 = Reemplazo de nicotina, tal como pastillas de chupar de nicotina, espray o atomizador nasal de nicotina, inhalador de nicotina, o

2 = Medicamentos como Wellbutrin®, Zyban®, bupropión, Chantix® o vareniciclina

3 = ALGÚN OTRO MEDICAMENTO

SUBPRE1t

Las siguientes preguntas son sobre sus planes para dejar de fumar en el futuro.

¿Planea usted dejar de fumar en forma permanente en el futuro?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1t

¿Ha establecido un plazo de tiempo para dejar de fumar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB1u

¿Planea dejar de fumar cigarrillos por completo. . . ?

Type: TNext

1 = En los siguientes 7 días,

2 = En los siguientes 30 días,

3 = En los siguientes 6 meses,

4 = Durante el próximo año o

5 = Más de 1 año a partir de ahora?

SUB2

Por favor mire esta tarjeta.

SHOWCARD SUB1

Nos interesa saber si ha usado algunas de las siguientes sustancias por razones no médicas. Incluya medicamentos que normalmente se venden con receta médica que tomó sin que se los recetaran a usted o que tomó solo por la experiencia o la sensación que le causan.

Algunas de las sustancias en la lista pudieran ser recetadas por un doctor, como las anfetaminas, los sedantes y los medicamentos para el dolor. Para esta entrevista, no vamos a registrar medicamentos que le hayan sido recetados por su doctor. Sin embargo, por favor háganos saber si usted ha tomado estos medicamentos sin haber sido recetados, por alguna otra razón, o los tomó con más frecuencia o tomó una dosis mayor que la recetada.

PRESS 1 TO CONTINUE

Type: TCont

1 = Continue

SUB2a

En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha tomado...

Bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino o licor?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2b

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez?) ¿Ha usado...

Cannabis o Marihuana? Estamos preguntando acerca del uso no médico.

A la marihuana también se le conoce como mota, zacate, yerba o hash.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2c

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Cocaína?

También se le conoce como coca o 'crack'.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2d

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Estimulantes tipo anfetamina?

Se les puede conocer como "speed", éxtasis, "crystal meth" o pastillas de dieta.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2e

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Inhalantes?

Se les puede conocer como nitrato, pegamento, gasolina, solvente de pintura o tiner.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2f

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez?) ¿Ha usado...)

Sedantes o pastillas para dormir? Estamos preguntando acerca del uso no médico.

Se les puede conocer como valium, serepax o rohypnol.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB2g

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Alucinógenos?

Se les puede conocer como LSD, ácido, hongos, PCP o 'special K'.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB2h

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Opioides? Estamos preguntando acerca del uso no médico.

Se les puede conocer como heroína, morfina, metadona, codeína o vicodin.

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB2i

(En el transcurso de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? ¿Ha usado...)

Alguna otra sustancia?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB2i_OTH

Por favor, especifique las otras sustancias que haya usado alguna vez.

Type: STRING[40]

SUB2a_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas?

¿Diría usted que. . .

Type: TUsed
0 = Nunca
1 = Una o dos veces
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2a_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas?

¿Diría usted que. . .

Type: TUsed
0 = Nunca
1 = Una o dos veces
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2a_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de bebidas alcohólicas le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que. . .

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2a_d

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de bebidas alcohólicas?

¿Diría que. . .

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2a_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de bebidas alcohólicas?

¿Diría que. . .

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2a_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?

¿Diría que. . .

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB7

¿Tomó usted bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB8

En los últimos 12 meses, en los días que usted tomó bebidas alcohólicas, en promedio, ¿cuántas bebidas tomó?

Número de bebidas alcohólicas

Type: 0..30

SUB8a

En los últimos 12 meses, ¿en cuántos días tomó 5 o más bebidas alcohólicas?

DAYS

Type: 0..365

SUB9

En los últimos 12 meses, ¿ha hablado sobre su uso de alcohol con su doctor u otro profesional médico?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB9a

En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado su doctor u otro profesional médico sobre su uso de alcohol?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

SUB9b

¿Fue este doctor u otro profesional médico de ^strHealthCenter o de algún otro lugar?

Type: THealth

1 = REFERENCE HEALTH CENTER

2 = SOME OTHER PLACE

SUB2b_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado cannabis o marihuana?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2b_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar cannabis o marihuana?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2b_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de cannabis o marihuana le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2b_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de cannabis o marihuana?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2b_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de cannabis o marihuana?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2b_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar cannabis o marihuana?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado cocaína?

¿Diría que...

Type: TUsed

- 0 = Nunca
- 1 = Una o dos veces
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar cocaína?

¿Diría que...

- Type: TUsed
- 0 = Nunca
 - 1 = Una o dos veces
 - 2 = Mensualmente
 - 3 = Semanalmente
 - 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de cocaína le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

- Type: TUsed
- 0 = Nunca
 - 1 = Una o dos veces
 - 2 = Mensualmente
 - 3 = Semanalmente
 - 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de cocaína?

¿Diría que...

- Type: TUsed
- 0 = Nunca
 - 1 = Una o dos veces
 - 2 = Mensualmente
 - 3 = Semanalmente
 - 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de cocaína?

¿Diría que...

- Type: TUsed
- 0 = Nunca
 - 1 = Una o dos veces
 - 2 = Mensualmente
 - 3 = Semanalmente
 - 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2c_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar cocaína?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de estimulantes tipo anfetamina le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2d_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado inhalantes?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar inhalantes?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de inhalantes le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de inhalantes?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de inhalantes?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2e_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar inhalantes?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado sedantes o pastillas para dormir? Estamos preguntando acerca del uso no médico.

IF NEEDED: Se les puede conocer como valium, serepax o rohypnol.

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de sedantes o pastillas para dormir le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2f_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado alucinógenos?

IF NEEDED: Se les puede conocer como LSD, ácido, hongos, PCP o 'special K'.

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar alucinógenos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de alucinógenos le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de alucinógenos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de alucinógenos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2g_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar alucinógenos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado opioides? Estamos preguntando acerca del uso no médico.

IF NEEDED: Se les puede conocer como heroína, morfina, metadona, codeína o vicodin.

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_b

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de usar opioides?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_c

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de opioides le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de opioides?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_e

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de opioides?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2h_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar opioides?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_a

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado ^SUB2i_OTH?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_b

En los últimos tres meses,¿con qué frecuencia ha sentido fuerte deseo o gran necesidad de usar ^SUB2i_OTH?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_c

En los últimos tres meses, En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su uso de ^SUB2i_OTH le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_d

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de ^SUB2i_OTH?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_e

En los últimos tres meses, ¿Ccon qué frecuencia una amistad o familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de ^SUB2i_OTH?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

1 = Una o dos veces

2 = Mensualmente

3 = Semanalmente

4 = Todos los días o casi todos los días

SUB2i_f

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar ^SUB2i_OTH?

¿Diría que...

Type: TUsed

0 = Nunca

- 1 = Una o dos veces
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Todos los días o casi todos los días

SUB3

¿Alguna vez se ha inyectado alguna droga? Por favor, solo incluya drogas para uso no médico.

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

SUB3a

¿Diría que se inyectó alguna droga. . .

- Type: Tmonth
- 1 = Menos de 3 meses
 - 2 = Hace más de 3 meses pero menos de 6 meses
 - 3 = Hace más de 12 meses
 - 4 = Nunca

SUB10

Anteriormente usted indicó que ha usado. . .

^FSUB2b^FSUB2c^FSUB2d^FSUB2e^FSUB2f^FSUB2g^FSUB2h^SUB2i_OTH

¿Usó alguna de estas drogas en los últimos 12 meses?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

SUB10a

En los últimos 12 meses, ¿ha hablado sobre su uso de drogas con su doctor u otro profesional médico?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

SUB10b

En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado su doctor u otro profesional médico sobre su uso de drogas?

- Type: TYNcap
- 1 = SÍ
 - 2 = NO

SUB10c

¿Era el doctor u otro profesional médico de ^strHealthCenter o de algún otro lugar?

- Type: THealth
- 1 = REFERENCE HEALTH CENTER
 - 2 = SOME OTHER PLACE

SUB12

En los últimos 12 meses, ¿deseó o necesitó tratamiento o consejería por su consumo de alcohol?

- Type: TYNcap

1 = SÍ
2 = NO

SUB12b

En los últimos 12 meses, ¿deseó o necesitó tratamiento o consejería por su uso de drogas?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB12a

En los últimos 12 meses, ¿recibió tratamiento o consejería por su uso de alcohol?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB12d

En los últimos 12 meses, ¿recibió tratamiento o consejería por su uso de drogas?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

SUB14

¿Le dio ^strHealthCenter el tratamiento, pagó por ese tratamiento o lo remitió a otro lugar donde obtuvo el tratamiento por su uso de alcohol?

Type: TProvide
1 = DIO EL TRATAMIENTO
2 = PAGÓ EL TRATAMIENTO
3 = REMITIÓ A OTRO LUGAR
4 = NADA

SUB14a

¿^strHealthCenter le dio el tratamiento, lo pagó o lo remitió a otro lugar en donde obtuvo el tratamiento por su uso de drogas?

Type: TProvide
1 = DIO EL TRATAMIENTO
2 = PAGÓ EL TRATAMIENTO
3 = REMITIÓ A OTRO LUGAR
4 = NADA

SUB17

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál de las siguientes razones explica por qué no recibió el tratamiento o la consejería que usted necesitaba por su uso de alcohol?

SHOWCARD SUB2

Type: TAlcohol
1 = NO TENÍA COMO PAGARLO
2 = NO LO CONOCÍA O NO PODÍA ENTRAR A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO
3 = NO TENÍA TIEMPO PARA IR A UN PROGRAMA O NO TENÍA MANERA DE LLEGAR ALLÍ O EL PROGRAMA NO ERA LO SUFICIENTEMENTE CONVENIENTE
4 = NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN QUE TENÍA UN PROBLEMA (EN EL TRABAJO, EN LA COMUNIDAD, ETC.)
5 = REALMENTE NO PENSABA QUE EL TRATAMIENTO LE AYUDARÍA

6 = OTRA RAZÓN

SUB17_SP

¿Qué otras razones tuvo usted para no recibir el tratamiento o la consejería que necesitaba por su uso de alcohol?

Type: STRING[80]

SUB17b

¿Cuál de las razones que me acaba de mencionar describe mejor la razón principal por la que no recibió el tratamiento o la consejería que usted necesitaba por su uso de drogas?

Type: TAlcohol

1 = NO TENÍA COMO PAGARLO

2 = NO LO CONOCÍA O NO PODÍA ENTRAR A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO

3 = NO TENÍA TIEMPO PARA IR A UN PROGRAMA O NO TENÍA MANERA DE LLEGAR ALLÍ O EL PROGRAMA NO ERA LO SUFICIENTEMENTE CONVENIENTE

4 = NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN QUE TENÍA UN PROBLEMA (EN EL TRABAJO, EN LA COMUNIDAD, ETC.)

5 = REALMENTE NO PENSABA QUE EL TRATAMIENTO LE AYUDARÍA

6 = OTRA RAZÓN

SUB17b_SP

¿Qué otras razones tuvo usted para no recibir el tratamiento o la consejería que necesitaba por su uso de drogas?

Type: STRING[80]

SUB_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

PRG1

Las siguientes preguntas se refieren al embarazo y el cuidado prenatal. ¿Ha estado embarazada en los últimos 3 años, es decir, desde el año ^str3yr?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG6

En los últimos 3 años, ¿hubo algún momento en que usted necesitó cuidado prenatal pero no pudo obtenerlo?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG2

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye consultas con un médico, una enfermera u otro profesional de la salud antes de que nazca su bebé para obtener chequeos médicos y consejos sobre el embarazo.

¿Recibió cuidado prenatal durante su embarazo más reciente?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG2a

Por favor, piense en su embarazo más reciente. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente la consultas que solo haya sido para la prueba de embarazo o para el programa WIC (el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños).

Type: 1..40

PRG2a_UNIT

(Por favor, piense en su embarazo más reciente. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera consulta de cuidado prenatal?)

Type: TWkmth
1 = WEEKS
2 = MONTHS

PRG3

¿Cuántas de sus consultas prenatales tuvo en ^strHealthCenter? ¿Diría usted que....?

NOTE: IF RESPONSE IS "LA MAYORÍA" - CODE AS 2 "ALGUNAS DE LAS CONSULTAS"

Type: TVisits
1 = Todas las consultas
2 = Algunas de las consultas
3 = Ninguna de las consultas

PRG4

En una escala de 0 a 10, en donde 0 significa malos servicios y 10 significa excelentes servicios, ¿cómo calificaría la calidad de los servicios de cuidado prenatal que usted recibió en ^strHealthCenter. ¿Diría usted que....?

Type: TRate
0 = Malos servicios
1 = 1
2 = 2
3 = 3
4 = 4
5 = 5
6 = 6
7 = 7
8 = 8
9 = 9
10 = Excelentes servicios

PRG4aa

Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.
Cómo el fumar durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

PRG4ab

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Dar pecho/lactancia para su bebé

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

PRG4ac

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Cómo el beber alcohol durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ad

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
El uso del cinturón de seguridad durante su embarazo

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ae

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Medicamentos que puede tomar en forma segura durante su embarazo

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4af

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Cómo el uso de drogas ilícitas durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ag

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Pruebas de detección de defectos de nacimiento o de enfermedades que padecen en su familia

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ah

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)
Las señales y síntomas de trabajo de parto prematuro, que suceden más de 3 semanas antes de la fecha de parto

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ai

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)

Qué hacer si su trabajo de parto comienza antes de lo esperado

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4aj

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)

Hacerse la prueba del VIH, el virus que causa el SIDA

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4ak

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)

Qué hacer si se siente deprimida durante su embarazo o después de que nace su bebé

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG4al

(Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Por favor solo incluya las conversaciones, no cuente los materiales que haya leído o los vídeos que haya visto.)

Abuso físico a las mujeres por parte del esposo o la pareja

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG5

¿La remitió a otro lugar donde recibió cuidado prenatal?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG5a

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo después de su embarazo más reciente. ¿Me podría decir si su embarazo resultó en un bebé o bebés con vida o terminó de alguna otra manera?

Type: TBirth

1 = NACIMIENTO CON VIDA

2 = DE ALGUNA OTRA MANERA

PRG5b (LB)

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

Pounds

Type: 0..11

PRG5b (OZ)

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

Ounces

Type: 0..16

PRG6a

Después de su embarazo más reciente, ¿le hicieron un chequeo de postparto?

IF NEEDED: Un chequeo de postparto es un chequeo regular que se realiza a las mujeres como 6 semanas después del parto.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG6b

¿Le hicieron el chequeo de postparto en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG6b_OTH

¿Dónde le hicieron el chequeo de postparto?

Type: STRING[40]

PRG6c

¿Chequeó un médico, una enfermera u otro profesional de la salud a su nuevo bebé después de una semana de nacido?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG6d

¿Tuvo su bebé un chequeo después de una semana de nacido en ^strHealthCenter?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

PRG6d_OTH

¿Dónde le hicieron a su bebé el chequeo de su primera semana de nacido?

Type: STRING[40]

PRG8

Por favor mire esta tarjeta. En los últimos 12 meses, es decir, desde el ^str12mth, ¿ha recibido algunos de los siguientes servicios de planificación familiar? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD PRG1

Type: SET[9] OF TPRG8s

- 1 = UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO O UNA RECETA PARA UN MEDICAMENTO O PARA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
- 2 = UNA PRUEBA O UN EXAMEN MÉDICO RELACIONADO CON EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
- 3 = CONSEJERÍA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- 4 = CONSEJERÍA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN
- 5 = UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"
- 6 = CONSEJERÍA O INFORMACIÓN SOBRE UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"
- 7 = UNA OPERACIÓN DE ESTERILIZACIÓN
- 8 = OTRO
- 9 = NONE OF THE ABOVE

PRG9

¿Cuántos de esos servicios obtuvo en ^strHealthCenter? ¿Diría usted que...?

Type: TService

- 1 = Todos los servicios
- 2 = Algunos de los servicios
- 3 = Ninguno de los servicios

PRG10a

En una escala del 0 a 10, en donde 0 significa malos servicios y 10 significa excelentes servicios, ¿cómo calificaría la calidad de los servicios de planificación familiar que recibió en ^strHealthCenter. ¿Diría usted que...?

Type: TRate

- 0 = Malos servicios
- 1 = 1
- 2 = 2
- 3 = 3
- 4 = 4
- 5 = 5
- 6 = 6
- 7 = 7
- 8 = 8
- 9 = 9
- 10 = Excelentes servicios

PRG10b

¿La remitió ^strHealthCenter al otro lugar donde obtuvo servicios de planificación familiar?

Type: TYNcap

- 1 = SÍ
- 2 = NO

PRG11

Por favor mire esta tarjeta. En los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth, ¿hubo algún momento en que necesitó alguno de los servicios de planificación familiar que se muestran en esta lista y no pudo obtenerlo? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD PRG2

Type: SET[10] OF TPRG11s

- 1 = UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO O UNA RECETA PARA UN MEDICAMENTO O PARA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

- 2 = UNA PRUEBA O UN EXAMEN MÉDICO RELACIONADO CON EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
- 3 = CONSEJERÍA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- 4 = CONSEJERÍA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN
- 5 = UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA O "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"
- 6 = CONSEJERÍA O INFORMACIÓN SOBRE UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA O "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"
- 7 = UNA OPERACIÓN DE ESTERILIZACIÓN
- 8 = NO HUBO NINGÚN MOMENTO EN QUE YO NECESITÉ ALGÚN SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NO PUDE OBTENERLO
- 9 = OTRO
- 10 = NONE OF THE ABOVE

PRG11_OTH

Por favor especifique el otro servicio de planificación familiar que necesitó, pero que no pudo obtener.

Type: STRING[40]

HTG1

Las siguientes preguntas se refieren a la prueba del VIH, el virus que causa el SIDA. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona de ^strHealthCenter. Usted también tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Con la excepción de las pruebas que le hayan hecho como parte de una donación de sangre, ¿se ha hecho alguna vez la prueba del VIH?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG1a

¿Cuándo se hizo la prueba de VIH por última vez?

Type: THTG1a

1 = HACE MENOS DE UN AÑO

2 = HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS

3 = HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS

4 = HACE 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS

5 = HACE 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS

6 = HACE 5 AÑOS O MÁS

HTG1a1

La última vez que se hizo la prueba de VIH, ¿recibió los resultados de su prueba?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG1b

¿Dónde se hizo la última prueba de VIH? ¿Fue en...

Type: THTG1b

1 = ^strHealthCenter

2 = Otro centro médico

3 = Consultorio privado de un médico o HMO

4 = En una instalación de consejería y pruebas

5 = Hospital

6 = Prisión, cárcel u otra instalación correccional

7 = Centro de tratamiento contra drogas

8 = En casa

9 = En algún otro lugar

HTG2

Por favor mire esta tarjeta. Le voy a mostrar una lista de razones por las que algunas personas no se han hecho la prueba de VIH, el virus que causa SIDA. ¿Cuál de estas razones diría que es la razón principal de no hacerse la prueba de VIH?

SHOWCARD HTG1

Type: THTG2f

1 = NO ES PROBABLE QUE HAYA SIDO EXPUESTO(A) AL VIH

2 = NO SABÍA DÓNDE HACERME LA PRUEBA

3 = TEMÍA PERDER EL TRABAJO, SEGURO, VIVIENDA, AMISTADES, FAMILIA, SI ALGUIEN SE ENTERARA QUE SOY POSITIVO(A) CON INFECCIÓN DE SIDA

4 = ME HACEN LA PRUEBA COMO PARTE DE UNA DONACIÓN DE SANGRE

5 = POR NINGUNA RAZÓN EN PARTICULAR

6 = ALGUNA OTRA RAZÓN

HTG2_OTH

Por favor, especifique por qué no se ha hecho la prueba de VIH.

Type: STRING[40]

HTG3

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le sugirió hacerse la prueba de VIH?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG4

¿Alguna vez alguien en ^strHealthCenter le habló acerca de cómo podía protegerse usted y proteger a otras personas del virus del VIH?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG5

¿Alguna vez un médico u otro profesional de salud le dijo que usted es VIH positivo o que tiene SIDA?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG6a

¿Está usted recibiendo atención médica para el VIH o el SIDA actualmente?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG6a1

¿Está usted recibiendo esta atención médica en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THTG6a1f

1 = ^strHealthCenter

2 = EN ALGÚN OTRO LUGAR

HTG6a1a

Por favor, especifique dónde está recibiendo esta atención médica:

Type: STRING[40]

HTG6a3

¿Le remitió el/la ^strHealthCenter a dicho lugar?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

HTG6b

¿Está recibiendo terapia antirretroviral contra el VIH prescrita por un médico?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HTG6b1

¿Está recibiendo esta terapia en ^strHealthCenter o en algún otro lugar?

Type: THTG6a1f
1 = ^strHealthCenter
2 = EN ALGÚN OTRO LUGAR

HTG6a2

Por favor, especifique dónde está recibiendo esta atención médica:

Type: STRING[40]

HTG6b3

¿Le remitió el/la ^strHealthCenter a dicho lugar?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

HTG_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont
1 = Continue

LIV1

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el lugar donde ^Fillyouname está viviendo actualmente.

Por favor, mire esta tarjeta. En los últimos 7 días, ¿dónde durmió ^Fillyouname por la noche normalmente? Seleccione la mejor opción.

SHOWCARD LIV1

Type: TLIV1f
1 = Una casa
2 = Un apartamento o un condominio
3 = Una habitación que no sea un hotel o motel
4 = Un albergue de emergencia
5 = Un albergue de transición que incluye vivienda de transición
6 = Una iglesia o una capilla
7 = Un edificio abandonado
8 = Un negocio o comercio
9 = Un auto u otro vehículo
10 = En la parte exterior/de afuera de algún lugar
11 = Un hotel o motel (un lugar con habitaciones separadas que paga usted mismo)
12 = Algún otro lugar

LIV1_OTH

Por favor describa el otro lugar donde ^Fillyouname durmió normalmente en los últimos 7 días?

Type: STRING[40]

LIV2

¿Cuántos dormitorios o recámaras tiene ^FillHAR?

Type: 0..20

LIV3

¿Cuántas personas normalmente duermen en ^FillHAR?

Type: 0..20

LIV4

¿Le pertenece ^FillHAR a usted o a alguien más?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

LIV6

^FillLIV6

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

LIV7

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha mudado?

Type: 0..99

LIV8

¿Se le pedirá o forzará que deje el lugar donde vive en los siguientes 14 días?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

LIV9

¿Alguna vez no ha tenido un lugar donde vivir?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

LIV10

^FillLIV10

Type: 1..365

LIV10_UNITS

(^FillLIV10)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TUnitAgo

1 = HACE DÍAS

2 = HACE SEMANAS

3 = HACE MESES

4 = HACE AÑOS

LIV11

Incluyendo la fecha de hoy...

^FillLIV11

Type: 0..99

LIV12

^FillLIV12a^FillLIV12b

Type: 0..99

LIV13

¿Qué edad tenía ^Fillyouname la primera vez que ^Fillyouheshe no tuvo un lugar donde vivir?

Type: 0..109

LIV14

^FillLIV14, ¿cuánto tiempo sería eso?

Type: 1..365

LIV14 UNITS

(^FillLIV14, ¿cuánto tiempo sería eso?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

Type: TLIV14f

1 = DAYS

2 = WEEKS

3 = MONTHS

4 = YEARS

LIV_END

PRESS 1 TO CONTINUE.

Type: TCont

1 = Continue

INC1a

Cuando ^Fillyouname va a ^strHealthCenter, ¿le cobra ^strHealthCenter menos por los servicios que le brindan debido a su nivel de ingresos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INC1b

Las siguientes preguntas son acerca del ingreso total de ^FillINC1b en ^str4year antes de impuestos. Los datos acerca de los ingresos son importantes para analizar la información que obtenemos sobre la salud.

Por favor, mire esta tarjeta que muestra los tipos de ingreso que nos gustaría que incluya.

SHOWCARD INC1

IF NEEDED: READ THE FOLLOWING CONTENT.

Cuando conteste la siguiente pregunta, nos gustaría que:

- Incluya sus ingresos MÁS los ingresos de todos los miembros de la familia que viven en su hogar
- Incluya todos los tipos de ingreso, incluyendo:
 - Ingresos provenientes de manutención infantil o pensión alimenticia;
 - Ingresos por cobro de alquiler;
 - Dinero en efectivo proveniente de un programa de bienestar público a nivel estatal o del condado;
 - Ingresos por compensación A trabajadores ("Worker's compensation") o beneficios por desempleo ("Unemployment");
 - Ingresos por pensión de jubilación o de sobreviviente; y
 - Ingresos provenientes de intereses o inversiones.

¿Cuál es su mejor estimado del ingreso total de ^FillINC1b. Por favor, acuérdesse de incluir sus ingresos y los ingresos de todos los miembros de su familia que viven en su hogar, de todas las fuentes de ingresos, antes de impuestos, en ^str4year?

Type: T999995

INC1b1

¿Fue el ingreso total de ^FillINC1b en los últimos 12 meses...?

Type: TINC1b1f

1 = Menos de \$35,000 dólares

2 = \$35,000 dólares o más

INC1b1b

Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total de su hogar en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...?

Type: TINC1b1b

1 = De \$5,000 a \$9,999 dólares

2 = De \$10,000 a \$14,999 dólares

3 = De \$15,000 a \$24,999 dólares

4 = De \$25,000 a \$34,999 dólares

INC1b2

Nos gustaría obtener un mejor estimado sobre el ingreso total de su hogar en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...?

Type: TINC1b2f

1 = De \$35,000 a \$49,999 dólares

2 = De \$50,000 a \$74,999 dólares

3 = De \$75,000 a \$99,999 dólares

4 = De \$100,000 a \$149,999 dólares

5 = De \$150,000 a \$175,000 dólares

6 = Más de \$175,000 dólares

INC1c

^FillINC1c, ¿cuántas personas de su hogar vivieron de esos ingresos en ^str4year?

MIEMBROS DE LA FAMILIA

Type: 1..20

INC1d

Ya que usted no pudo proporcionarnos un estimado de los ingresos de ^FillINC1b en el año ^str4year, ¿puede decirme cuántos miembros de la familia vivieron de los ingresos de ^FillINC1b, ^FillINC1c?

MIEMBROS DE LA FAMILIA

Type: 1..20

INC2

Durante el año ^str4year, ¿fue el ingreso total de ^FillINC1b de todas las fuentes de ingresos, menos de \$^FILLSpecsFPL, más de \$^FILLSpecsFPL pero menos de \$^FILLcalFPL o fue \$^FILLcalFPL o más?

IF RESPONDENT SAYS DK - AUTOMATICALLY REPEAT QUESTION AND ASK RESPONDENT TO GIVE US THEIR BEST ESTIMATE.

Type: TFPL

1 = MENOS DE \$^FILLSpecsFPL

2 = MÁS DE \$^FILLSpecsFPL PERO MENOS DE \$^FILLcalFPL

3 = \$^FILLSpecsFPL O MÁS

INC3a

Durante el año ^str4year, ¿recibió ^Fillyouname o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?

¿Cupones para alimentos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INC3b

(Durante el año ^str4year, ¿recibió ^Fillyouname o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿WIC, es decir, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INC3c

(Durante el año ^str4year, ¿recibió ^Fillyouname o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Ayuda del plan estatal de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INC3d

(Durante el año ^str4year, ¿recibió ^Fillyouname o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Subsidios para el alquiler de una vivienda bajo la Sección 8?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

INC3e

(Durante el año ^str4year, ¿recibió ^Fillyouname o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Algún otro tipo de ayuda del gobierno?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO_INT

Las últimas preguntas son sobre ^Fillyouname.

Type: TCont

1 = Continue

DMO1

¿Nació ^Fillyouname en los Estados Unidos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO1a

¿En qué país nació ^Fillyouname?

Type: STRING[70]

DMO1a_OTH

SPECIFY OTHER COUNTRY

Type: STRING[50]

DMO2

¿En qué año vino ^Fillyouname a los Estados Unidos?

Type: 1900..2014

DMO3

¿Nació ^FillDMO3 en los Estados Unidos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO3a

¿En qué país nació ^FillDMO3?

Type: STRING[40]

DMO3a_OTH

Por favor especifique

Type: STRING[40]

DMO3b

¿Nació ^FillDMO3b en los Estados Unidos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO3c

¿En qué país nació ^FillDMO3b?

Type: STRING[40]

DMO3c_OTH

Por favor especifique

Type: STRING[40]

DMO4

¿Cuál es el grado o año escolar más avanzado que ^Fillyouname completado?

Type: TEdu

0 = NUNCA FUE A LA ESCUELA

1 = KINDERGARTEN

2 = 1er GRADO

3 = 2° GRADO

4 = 3er GRADO

5 = 4° GRADO

6 = 5° GRADO

7 = 6° GRADO

8 = 7° GRADO

9 = 8° GRADO

10 = 9° GRADO

11 = 10° GRADO

12 = 11° GRADO

13 = 12° GRADO, SIN DIPLOMA

14 = GRADUADO DE PREPARATORIA O HIGH SCHOOL

15 = GED O EQUIVALENTE

16 = ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS, PERO SIN TÍTULO

17 = TÍTULO DE ASOCIADO: PROGRAMA OCUPACIONAL, TÉCNICO O VOCACIONAL

18 = TÍTULO DE ASOCIADO: PROGRAMA ACADÉMICO

19 = TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA (POR EJEMPLO: BA, AB, BS, BBA)

20 = TÍTULO DE MAESTRÍA (POR EJEMPLO: MA, MS, MENG, MED, MBA)

21 = TÍTULO DE UNA ESCUELA PROFESIONAL O DOCTORADO (POR EJEMPLO: MD, DDS, DVM, JD, PHD, EDD)

22 = OTRO

DMO4_OTH

Por favor, describa el grado o año escolar más avanzado que ^Fillyouname ha completado?

Type: STRING[60]

DMO5

Durante el último año escolar, ¿asistía ^Fillyouname a la escuela en los Estados Unidos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO7

¿Cuántas veces se ha mudado ^Fillyouname en los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth?

Type: TMoved

9 = 0

1 = 1

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = 5

6 = 6-10
7 = 11-15
8 = MORE THAN 15
99 = HOMELESS - NOT APPLICABLE

DMO8

¿Cuántos de estos cambios de domicilio tuvieron que ver con el trabajo de alguien en su familia? Por ejemplo, se mudó a otro lugar para trabajar en el campo o para buscar trabajo o se mudó al lugar de donde vino originalmente al final de la temporada agrícola.

Type: TWork
9 = 0
1 = 1
2 = 2
3 = 3
4 = 4
5 = 5
6 = 6-10
7 = 11-15
8 = MORE THAN 15

DMO8a

¿Se considera heterosexual o 'straight' (o sea no es gay), 'gay', lesbiana, homosexual o bisexual?

Type: TStatus
1 = HETEROSEXUAL O 'STRAIGHT' (ES DECIR, NO ES GAY)
2 = GAY, LESBIANA, HOMOSEXUAL
3 = BISEXUAL
4 = SIN ORIENTACIÓN SEXUAL/ NO TIENE RELACIONES SEXUALES/ NINGUNO
5 = OTRO

DMO8a_OTH

Por favor, especifique su orientación sexual.

Type: STRING[40]

DMO9

¿Es usted ...?

Type: TStat
1 = Casado(a)
2 = Tiene una pareja
3 = Viudo(a)
4 = Divorciado(a)
5 = Separado(a)
6 = Nunca se ha casado

DMO9a

¿Vive usted con su esposo(a) o con su pareja?

Type: TYNcap
1 = SÍ
2 = NO

DMO10

¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Reserva militar o la Guardia Nacional?

IF NEEDED: El servicio activo no incluye entrenamiento para la Reserva Militar o la Guardia Nacional, pero sí incluye la activación,

por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO10a

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su servicio militar en los Estados Unidos?

Type: TMilit

1 = Actualmente en servicio activo

2 = Actualmente en la Reserva o Guardia Nacional

3 = Jubilado o retirado del servicio militar

4 = Le dieron de alta del servicio militar por razones médicas

5 = Le dieron de alta del servicio militar

DMO10b

¿Es usted elegible para beneficios de veteranos?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO10c

En los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth, ¿ha recibido atención médica en un centro para veteranos de las fuerzas armadas?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11

Las siguientes preguntas son sobre su situación laboral. La información sobre el empleo es importante para el análisis de la información de salud que obtenemos. Por ejemplo, con esta información, podemos saber si los pacientes que trabajan de tiempo completo usan servicios médicos con más o menos frecuencia que los que no trabajan de tiempo completo.

¿Cuál de las siguientes actividades hizo usted durante la semana pasada?

Type: TJob

1 = Trabajando en un empleo o negocio

2 = Con un empleo o negocio pero no estaba trabajando

3 = Buscando trabajo

4 = Trabajando, pero sin pago, en un trabajo o negocio familiar

5 = No estaba trabajando en un empleo o negocio y no estaba buscando trabajo

DMO11a

¿Cuál es la razón principal por la que no...

^FillDMO11a

Type: TReason

1 = ENCARGADO(A) DEL HOGAR O LA FAMILIA

2 = ASISTIENDO A LA ESCUELA

3 = JUBILADO(A)

4 = DE VACACIONES PLANEADAS DEL TRABAJO

5 = CON LICENCIA DE MATERNIDAD O DE FAMILIA

6 = SIN PODER TRABAJAR TEMPORALMENTE POR MOTIVOS DE SALUD

7 = CON UN TRABAJO/UN CONTRATO Y EN TEMPORADA BAJA

8 = DESPEDIDO(A) POR RECORTE DE PERSONAL

9 = DISCAPACIDAD

10 = OTRA RAZÓN

DMO11a_OTH

¿Cuál es la otra razón principal por la que no...

^FillDMO11a

Type: STRING[60]

DMO11b

[IF DMO11=1] ¿Tiene más de un trabajo o negocio con paga?

[IF DMO11=2, 3 OR 5] Cuando **estaba** trabajando, ¿normalmente **tenía** más de un empleo o negocio con paga?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11c

[IF DMO11=1 OR 4] ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada en todos sus empleos o negocios?

[IF DMO11=2, 3 OR 5] ¿Cuántas horas **trabajaba** normalmente en todos sus empleos o negocios?

HOURS

Type: 0..120

DMO11d

¿Trabaja usted normalmente 35 horas o más por semana en total en todos sus empleos o negocios?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11f

¿Recibe normalmente pago cuando pide permiso por enfermedad en este empleo o negocio?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11g

Ahora, tengo unas preguntas sobre el trabajo que realizó en el año ^str4year.

¿Tuvo un trabajo con paga en algún momento en el año ^str4year?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11h

¿Cuántos meses en el año ^str4year tuvo por lo menos un empleo o negocio?

MESES

Type: 0..12

DMO11j

¿Ofrece su empleo o negocio cobertura por el costo de seguro médico para aquellos empleados que tienen este beneficio?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO11k

¿Por qué no está incluido(a) usted en el plan de seguro médico de su empleador?

CODE ALL THAT APPLY

Type: SET[9] OF TIns

1 = NO NECESITA O NO QUIERE NINGÚN SEGURO MÉDICO

2 = CASI NO SE ENFERMA

3 = DEMASIADO COMPLICADO/ MUCHO PAPELEO

4 = NO PUEDO PAGARLO/ DEMASIADO CARO

5 = NO TRABAJA SUFICIENTES HORAS A LA SEMANA

6 = NO HA TRABAJADO EN ESE LUGAR SUFICIENTE TIEMPO

7 = NO CREE QUE ES ELEGIBLE/ LO RECHAZA DEBIDO PARA UN PROBLEMA DE SALUD

8 = EL PAQUETE DE BENEFICIOS NO SATISFACE SUS NECESIDADES

9 = OTRO

DMO11k_OTH

¿Cuál es la otra razón por la que no está incluido en el plan de seguro médico de su empleador?

Type: STRING[40]

DMO12

¿Ha realizado trabajo agrícola en los últimos 24 meses, es decir desde el ^str24mth?

Type: TYNcap

1 = SÍ

2 = NO

DMO12a

¿Actualmente trabaja para un agricultor o ganadero, contratista, servicio de empaque, una empacadora o un empleador no agrícola?

Type: TFarm

1 = AGRICULTOR O GANADERO

2 = CONTRATISTA

3 = SERVICIO DE EMPAQUE

4 = EMPACADORA

5 = EMPLEADOR NO AGRÍCOLA

DMO12b

¿Aproximadamente cuántos años ha realizado trabajo agrícola en los Estados Unidos?

NOTE: CUENTE CUALQUIER AÑO EN QUE SE TRABAJARON 15 DÍAS O MÁS

AÑOS

Type: 0..109

DMO12c

¿Aproximadamente cuántos años ha realizado trabajo no agrícola en los Estados Unidos?

NOTE: CUENTE CUALQUIER AÑO EN QUE SE TRABAJARON 15 DÍAS O MÁS

AÑOS

Type: 0..109

DMO12d

¿Aproximadamente cuántos meses durante los últimos 12 meses, es decir desde el ^str12mth ha estado en los Estados Unidos?

MESES

Type: 0..12

DMO_END

Muchas gracias. Estas son todas las preguntas que tengo para usted el día de hoy.

Type: TCont

1 = Continue

FiiMALE

Type: TFGmale

1 = Transexual de sexo masculino/ Hombre transexual /de mujer a hombre

FiiFEMALE

Type: TFGfemal

1 = Transexual de sexo femenino / Mujer transexual /de hombre a mujer

FiiQUEER

Type: TFGqueer

1 = HOMOSEXUAL O "GENDERQUEER"

2 = Homosexual o "Genderqueer"

FiiOTHER

Type: TFGother

1 = OTRO

FILLInt3sp

Type: TFGqueer

1 = HOMOSEXUAL O "GENDERQUEER"

2 = Homosexual o "Genderqueer"

Fillyoushe

Type: TFyoushe

1 = usted

2 = ella

Fillyouhimher

Type: TFyhimhe

1 = usted
2 = él
3 = ella

Fillyousee

Type: TFyousee
1 = usted
2 = ^Name

Fillishe

Type: TFishe
1 = usted
2 = él
3 = ella

Fillbreathe

Type: TFBreath
1 = you breathe
2 = he breathes
3 = she breathes

Filldocheck

Type: TFcheck
1 = do you check your
2 = do you check his
3 = do you check her

FillCAN3g

Type: TFCAN3g
1 = nunca le han hecho una mamografía
2 = no le han hecho una mamografía en los últimos dos años

FillCAN4b

Type: TFCAN4b
1 = never had a colonoscopy
2 = no le han hecho una colonoscopia recientemente

FillCAN4g3a

Type: TCAN4g3a
1 = nunca le han hecho una sigmoidoscopia
2 = no le han hecho una sigmoidoscopia en una fecha más reciente

Fillyoudo

Type: TFyoudo
1 = usted
2 = ^Name

Fillyouheshewas

Type: TFyhswas

1 = usted

2 = él

3 = ella

Fillyounameis

Type: TFynamis

1 = usted

2 = ^Name

FillDoesDoplans

Type: TFDoespl

1 = Paga este plan

2 = Pagan algunos de estos planes

3 = Pagó este plan

4 = Pagaron algunos de estos planes

FillDoesDoplansA

Type: TFDoespA

1 = Paga este plan

2 = Pagan algunos de estos planes

3 = Pagó este plan

4 = Pagaron algunos de estos planes

Fillyrhisher

Type: TFyrhshr

1 = usted

2 = él

3 = ella

Fillyourown

Type: TFyown

1 = usted

2 = ^Name

Fillyouneed

Type: TFyneed

1 = usted

2 = ^NAME

Fillplace

Type: TFplace

1 = lugar

2 = lugares

FillplaceC

Type: TFplaceC

1 = Lugar

2 = Lugares

Fillgo

Type: TFgo

- 1 = usted
- 2 = ^Name

Filldoes

Type: TFdoes

- 1 = usted
- 2 = ^Name

FiIDEN13

Type: TFDEN13f

- 1 = Anteriormente, usted mencionó que solamente algunas de las visitas al dentista fueron en ^strHealthCenter.

FiIDEN17h

Type: TFDEN17h

- 1 = Dientes sueltos que no fue debido a una lesión?
- 2 = Dientes sueltos que no fue debido a una lesión o pérdida de dientes de leche?

FiIHAR

Type: TFHAR

- 1 = esa casa
- 2 = ese apartamento
- 3 = esa habitación

FiILIV5

Type: TFLIV5f

- 1 = ¿Actualmente tienen usted o su familia un lugar donde vivir, tal como una casa, apartamento o una habitación?
- 2 = ¿Actualmente tiene la familia de ^Name un lugar donde vivir, tal como una casa, apartamento o una habitación?
- 3 = ¿Actualmente tiene tu familia un lugar donde vivir, tal como una casa, apartamento o una habitación?

FiILIV6

Type: TFLIV6f

- 1 = ¿Alguna vez usted o su familia no pudieron pagar su parte de la renta o hipoteca del lugar donde viven, o usted o su familia tuvieron que pedir prestado para pagar su parte de la renta o hipoteca?
- 2 = ¿Alguna vez la familia de ^Name no pudo pagar su parte de la renta o hipoteca del lugar donde viven, o tuvieron que pedir prestado para pagar su parte de la renta o hipoteca?
- 3 = ¿Alguna vez tu familia no pudo pagar su parte de la renta o hipoteca del lugar donde vives, o tuvieron que pedir prestado para pagar su parte de la renta o hipoteca?

FiILIV10

Type: TFLIV10f

- 1 = ¿Cuándo fue la última vez que usted o su familia tuvieron un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?
- 2 = ¿Cuándo fue la última vez que la familia de ^Name tuvo un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?
- 3 = ¿Cuándo fue la última vez que tu familia tuvo un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?

FiILIV11

Type: TFLIV11f

- 1 = ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el ^str3yr, no no ha tenido un lugar donde vivir?
- 2 = ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el ^str3yr, la familia de ^Name no ha tenido un lugar donde vivir?
- 3 = ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el ^str3yr, tu familia no ha tenido un lugar donde vivir?

FiILIV12a

Type: TFLIV12a

- 1 = Incluyendo la fecha de hoy...

FiILIV12b

Type: TFLIV12b

- 1 = ¿Cuántas veces en su vida usted no no ha tenido un lugar donde vivir?
- 2 = ¿Cuántas veces en la vida de ^Name, no ha tenido la familia de ^Fillheshe un lugar donde vivir?
- 3 = ¿Cuántas veces en tu vida, tu familia no ha tenido un lugar para vivir?

FiILIV14

Type: TFLIV14f

- 1 = Si contara todas las veces en su vida en las que usted no tuvo un lugar donde vivir
- 2 = Si contara todas las veces en la vida de ^Name en las que él no tuvo un lugar donde vivir
- 3 = Si contara todas las veces en la vida de ^Name en las que ella no tuvo un lugar donde vivir

FiIDMO11a

Type: TFDMO11a

- 1 = trabajó la semana pasada?
- 2 = tuvo trabajo o negocio la semana pasada?

FiIDMO11b

Type: TFDMO11b

- 1 = ¿Tiene más de un trabajo o negocio con paga?
- 2 = Cuando está trabajando, ¿normalmente tiene más de un empleo o negocio con paga?

FiIDMO11c

Type: TFDMO11c

- 1 = ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada en todos sus empleos o negocios?
- 2 = ¿Cuántas horas trabaja normalmente en todos sus empleos o negocios?

FiIlayou

Type: TFayou

- 1 = are you
- 2 = is ^Name

FiICON9n1

Type: TFCON9n1

- 1 = Usted no ve televisión o videos
- 2 = ^NAME no ve televisión o videos

FiICON9n2

Type: TFCON9n2

- 1 = Usted no usa una computadora fuera del trabajo o la escuela
- 2 = ^NAME no usa una computadora fuera del trabajo o la escuela

FillCON5

Type: TFCON5

- 1 = ¿Considera que antes de quedar embarazada tenía usted sobrepeso, un peso por debajo de lo normal o tenía un peso adecuado?
- 2 = ¿Considera que actualmente usted tiene sobrepeso, un peso por debajo de lo normal o tiene un peso adecuado?
- 3 = ¿Considera que actualmente ^Name tiene sobrepeso, un peso por debajo de lo normal o tiene un peso adecuado?

FillCON6a

Type: TFCON6a

- 1 = ¿Cuánto pesaba hace un año? Si estaba embarazada hace un año, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?
- 2 = ¿Cuánto pesaba usted hace un año?
- 3 = ¿Cuánto pesaba ^Name hace un año?

FillHaHAS

Type: TFHHas

- 1 = usted
- 2 = ^Name

FillCON26

Type: TFCON26

- 1 = ¿Es usted ciego(a) o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes o anteojos?
- 2 = ¿Es ^Name ciego(a) o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes o anteojos?
- 3 = ¿Tiene ^Name algún problema para ver?

Fillyouname

Type: TFyou

- 1 = usted
- 2 = ^Name

Fillwereyou

Type: TFwerey

- 1 = usted
- 2 = ^Name

Fillyouwere

Type: TFyouw

- 1 = usted
- 2 = ^Name

Fillhaveyou

Type: TFhavyou

- 1 = usted
- 2 = ^Name

Fillyownhisher

Type: TFyohihe

1 = usted

2 = él

3 = ella

FillWereWas

Type: TFWerWas

1 = usted

2 = ^Name

Fillhealthprof

Type: TFhprof

1 = A Un profesional de la salud puede haber hecho que usted mismo(a) se aplique el espray.

Fillyhisher

Type: TFyhihe

1 = usted

2 = él

3 = ella

Fillhisher

Type: TFhisher

1 = él

2 = ella

Fillheshe

Type: TFheshe

1 = él

2 = ella

Fillyouheshe

Type: TFyohesh

1 = usted

2 = él

3 = ella

Fillyouhave

Type: TFyohave

1 = usted

2 = ^Name

Fillyourname

Type: TFyname

1 = usted

2 = ^Name

FillDoyouDoes

Type: TFDoesC

1 = usted
2 = ^Name

Filldodoes

Type: TFDodoes
1 = usted
2 = ^Name

FillAreyou

Type: TFAreyou
1 = Are you
2 = Is ^Name

Fillself

Type: TFself
1 = usted mismo(a)
2 = él mismo
3 = ella misma

FillAreheshe

Type: TFAre
1 = usted
2 = él
3 = ella

FillHEA5a

Type: TFHEA5a
1 = ¿Qué tipo de lugar es?
2 = ¿Qué tipo de lugares son?

FillIntAge

Type: TFAge
1 = su edad actual
2 = la edad actual de ^Name

FillHEA9

Type: TFHEA9f
1 = ¿Cómo va usted normalmente al centro médico?
2 = ¿Cómo lleva usted normalmente a ^NAME al centro médico?

FillHEA5b

Type: TFHEA5b
1 = ¿Es este el mismo lugar al que va normalmente cuando usted necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico?
2 = ¿Es este el mismo lugar al que va normalmente cuando usted necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o chequeo de niño sano?
3 = ¿Es este el mismo lugar al que va normalmente cuando ^NAME necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico?
4 = ¿Es este el mismo lugar al que va normalmente cuando ^Name necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o chequeo de niño sano?

5 = ¿Son esos los mismos lugares a los que va normalmente cuando necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico?

6 = ¿Son esos los mismos lugares a los que vas normalmente cuando necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o chequeo de niño sano?

7 = ¿Son esos los mismos lugares a los que ^Name va normalmente cuando necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico?

8 = ¿Son esos los mismos lugares a los que ^Name va normalmente cuando necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o chequeo de niño sano?

Fillyourself

Type: TFFyself

1 = usted mismo(a)

2 = ^Name

FillIntAgeDKRF

Type: TFAgeDKR

1 = Esta pregunta es importante y me ayudará a seguir las preguntas de la encuesta de una manera más adecuada.

FILLINT2MULT

Type: TFInt2m

1 = su raza

2 = la raza de ^NAME

FillINT5

Type: TFInt5f

1 = usted

2 = ^Name

FillCON1

Type: TFCON1

1 = su salud

2 = la salud de ^Name

FillCON25

Type: TFCON25

1 = su audición y visión

2 = la audición y visión de ^Name

FillINC1b

Type: TFINC1b

1 = su familia

2 = la familia de ^Name

FillINC1c

Type: TFINC1c

1 = Incluyéndose usted

2 = Incluyendo a ^NAME

FillCONF1a_a

Type: TFCONF1a

1 = su alta presión arterial

2 = la alta presión arterial de ^Name

FillInt3

Type: TFInt3f

1 = NOTE: IF R ANSWERS THAT THEY ARE TRANSGENDER AND WHICH KIND IS NOT OBVIOUS - PROBE IF THEY ALTERED GENDER FROM MALE TO FEMALE OR FROM FEMALE TO MALE.

FILLROU2a

Type: TFRou2a

1 = su visita más reciente a la sala de emergencias

2 = la visita más reciente de ^NAME a la sala de emergencias

FILLROU2c2

Type: T فروU22c

1 = Su proveedor de salud

2 = El proveedor de salud de ^NAME

FILLROU2c4

Type: T فروU24c

1 = me podían ayudar

2 = podían ayudar a ^NAME

FILLDEN16a

Type: TFDEN16a

1 = sus dientes y encías

2 = los dientes y las encías de ^NAME

FiIINS19

Type: TFIns19f

1 = sus cuentas médicas

2 = las cuentas médicas de ^NAME

FiIDMO3

Type: TFDMO3

1 = su papá

2 = el papá de ^Name

FiIDMO3b

Type: TFDMO3b

1 = su mamá

2 = la mamá de ^Name

FILLDOB

Type: TFD0B

1 = su fecha de nacimiento

2 = la fecha de nacimiento de ^NAME

FILLHISPANIC

Type: TFHisp

1 = su origen hispano, latino o español

2 = el origen hispano, latino o español de ^NAME

FIIIHEA1

Type: TFHEA1

1 = su propia salud

2 = la salud de ^Name

FIIIINS22

Type: TFINS22f

1 = su seguro médico

2 = el seguro médico de ^NAME

FILLCONF5d

Type: TFCONF5d

1 = le chequeó su nivel de azúcar en la sangre

2 = chequeó el nivel de azúcar en la sangre de ^NAME

Fillwerheshe

Type: TFwheshe

1 = usted

2 = él

3 = ella

FIIIHARC

Type: TFHARC

1 = House

2 = Apartment

3 = Room

FIIICONF5e

Type: TFCONF5e1

1 = su diabetes

2 = la diabetes de ^Fillheshe

FIIICON14

Type: TFCON14

1 = Las siguientes preguntas son sobre otras afecciones médicas. Por favor, diga sí o no a cada una de las siguientes afecciones.

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que ^Fillyouheshe tenía. . .

2 = (Las siguientes preguntas son sobre otras afecciones médicas. Por favor, diga sí o no a cada una de las siguientes afecciones.

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que ^Fillyouheshe tenía. . .)

FIIICON7

Type: TFCON7f

1 = The next few questions ask whether a doctor or other health professional has discussed weight management with you, regardless of whether you are overweight, underweight or of average weight.

2 = The next few questions ask whether a doctor or other health professional has discussed weight management with ^Name, regardless of whether he is overweight, underweight or of average weight.

3 = The next few questions ask whether a doctor or other health professional has discussed weight management with ^Name, regardless of whether she is overweight, underweight or of average weight.

FillMed2a

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

FillMed5a

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

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

4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

FillROU9f

Type: ARRAY[1..11] OF TROU9f

1 = USTED PENSÓ QUE NO ERA IMPORTANTE

2 = LE PREOCUPABAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA

3 = SU HIJO(A) ESTABA ENFERMO(A) Y NO PODÍA VACUNARSE EN ESE MOMENTO

4 = NO CONFÍA EN LAS VACUNAS/NO CREE EN LAS VACUNAS

5 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO MÉDICO

6 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO/TRANSPORTE

7 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO O ENFERMERAS

8 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

9 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO MÉDICO

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11 = OTRA RAZÓN

FillTROU11a1

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

FilITROU13a1

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

FilIINT2

Type: ARRAY[1..15] OF TRaceUp

- 1 = BLANCO(a)
- 2 = NEGRO(A) O AFROAMERICANO(A)
- 3 = (INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA (INDIO AMERICANO INCLUYE GRUPOS INDÍGENAS DE AMÉRICA DEL NORTE, CENTRO Y SUR)
- 4 = NATIVO(A) DE HAWAI
- 5 = GUAMEÑO(A) O CHAMORRO
- 6 = SAMOANO(A)
- 7 = TONGANO(A)
- 8 = MARSHALÉS(A)
- 9 = INDIO(A) ASIÁTICO(A)
- 10 = CHINO(A)
- 11 = FILIPINO(A)
- 12 = JAPONÉS
- 13 = COREANO(A)
- 14 = VIETNAMITA
- 15 = OTRO

FilICAN1

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
11 = OTRA RAZÓN

FillCAN3f

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
11 = OTRA RAZÓN

FillCAN4g

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
11 = OTRA RAZÓN

FillCAN4g9

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
11 = OTRA RAZÓN

FillCAN5e

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

FilICAN5

Type: ARRAY[1..5] OF TNever

- 1 = NINGUNA RAZÓN/ NUNCA PENSÉ EN ESO
- 2 = NO HUBO NECESIDAD DE HACERLO/ NO SABÍA QUE NECESITABA ESTE TIPO DE EXAMEN
- 3 = DEMASIADO CARO/NO TENGO SEGURO/COSTO
- 4 = MUY DOLOROSO, DESAGRADABLE O ME DA VERGUENZA
- 5 = OTRA RAZÓN

FilITHEA2d

Type: ARRAY[1..11] OF TMED2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = OTRA RAZÓN

FilITHEA20

Type: ARRAY[1..13] OF THEA20f

- 1 = UBICACIÓN CONVENIENTE
- 2 = HORARIO DE ATENCIÓN CONVENIENTE
- 3 = COBRAN TARIFAS RAZONABLES
- 4 = PUEDE SER ATENDIDO SIN PREVIA CITA, O PUEDE CONSEGUIR UNA CITA DE INMEDIATO
- 5 = UNA VEZ QUE ESTÁ ALLÍ NO TIENE QUE ESPERAR MUCHO PARA QUE LO(A) ATIENDAN
- 6 = BRINDAN CUIDADO DE NIÑOS
- 7 = BRINDAN TRANSPORTACIÓN O VALES PARA TRANSPORTACIÓN
- 8 = HAY UNA PERSONA QUE HABLA SU IDIOMA
- 9 = ATENCIÓN DE CALIDAD
- 10 = ES EL ÚNICO CENTRO MÉDICO EN EL ÁREA
- 11 = EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO
- 12 = EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES CON MI SEGURO MÉDICO
- 13 = OTRO

FilIPRS2a

Type: ARRAY[1..12] OF TPRS2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR EL MEDICAMENTO RECETADO
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL MEDICAMENTO RECETADO
- 3 = LA FARMACIA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR A LA FARMACIA/ TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO A LOS EMPLEADOS DE LA FARMACIA
- 7 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

- 8 = NO SABÍA A DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA A SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA
- 12 = OTRA RAZÓN

FiIPRS3a

Type: ARRAY[1..12] OF TPRS2a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR EL MEDICAMENTO RECETADO
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL MEDICAMENTO RECETADO
- 3 = LA FARMACIA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR A LA FARMACIA/ TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO A LOS EMPLEADOS DE LA FARMACIA
- 7 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 8 = NO SABÍA A DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA A SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA
- 12 = OTRA RAZÓN

FiIMEN6a

Type: ARRAY[1..12] OF TMEN6a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO
- 5 = HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA
- 12 = OTRO

FiIMEN7a

Type: ARRAY[1..12] OF TMEN6a

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO
- 3 = EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO
- 5 = HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DEL MÉDICO
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA
- 12 = OTRO

FiIDEN5

Type: ARRAY[1..12] OF TDEN4s

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO DENTAL
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL
- 3 = EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DENTISTA
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO DENTAL
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL
- 12 = OTRO

FiIDEN9

Type: ARRAY[1..12] OF TDEN4s

- 1 = NO TENÍA CÓMO PAGAR POR EL CUIDADO DENTAL
- 2 = LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL
- 3 = EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4 = PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL DENTISTA/ TRANSPORTE
- 5 = USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DENTISTA
- 6 = NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7 = NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO DENTAL
- 8 = SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9 = NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10 = NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11 = TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL
- 12 = OTRO