



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584

Exp. xx/xx/xxxx

## HCHS/SOL- Visit 2- Health Care Questionnaire

ID NUMBER:	<input type="text"/>	FORM CODE: HCE VERSION: 1, 12/12/2013	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	--	------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

- 0a. Completion Date: /
- 0b. Staff ID:
- 0c. Participant Gender:  (F=female, M=male)
- 0d. Age:
- 0e. Does the participant have diabetes?  (0=No, 1=Yes)

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused' for those questions that do not list these as an option.

### A. El primer bloque de preguntas [Q1-7a] es sobre cuidado médico que el participante buscó y recibió durante los 12 meses previos.

1. ¿En los pasados 12 meses, recibió atención médica o servicios médicos?
  - a. No [**GO TO QUESTION 10**]
  - b. Sí [Continue with the following question]
  - c. Se negó a responder [**GO TO QUESTION 10**]
  - d. No sabe o no está seguro(a) [**GO TO QUESTION 10**]
  
2. ¿Por qué recibió servicios médicos? Seleccione todas las razones que apliquen.
  - a. Examen o chequeo anual o cuidado preventivo
  - b. Cuidado médico relacionado al embarazo
  - c. Cuidado agudo (enfermedad repentina que no requirió visitar la sala de emergencias)
  - d. Accidente o lesión
  - e. Cuidado o servicios de emergencias
  - f. Cuidado rutinario de una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes, hipertensión, cáncer, asma)
  - g. Otra razón (especifique \_\_\_\_\_)

ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

3. En los pasados 12 meses, ¿dónde recibió servicios de salud o atención médica?

		Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces o parte del tiempo	Nunca
a	En los 50 estados de los EEUU				
b	En Puerto Rico				
c	En México				
d	En Canadá				
e	En otro país (especifique____)				
f	Se negó a responder				

4. En los pasados 12 meses, ¿hubo alguna ocasión en que necesitó atención médica y no pudo obtenerla?

- a. No **[GO TO QUESTION 6]**
- b. Sí [Proceed with next question]
- c. Se negó a responder **[GO TO QUESTION 6]**
- d. No sabe o no está seguro(a) **[GO TO QUESTION 6]**

5. Durante los pasados 12 meses, ¿tuvo dificultad para obtener alguno de los siguientes servicios debido a razones económicas? Seleccione todos los que apliquen.

- a. Medicamentos con receta
- b. Consulta con un médico generalista
- c. Consulta con un médico especialista
- d. Procedimiento quirúrgico
- e. Procedimiento clínico
- f. Consejería sobre estrés, terapia del comportamiento, servicios de salud mental
- g. Servicios dentales
- h. Lentes con receta
- i. Problemas con el costo de otros servicios (especifique \_\_\_\_\_)
- j. Se negó a responder
- k. No sabe o no está seguro(a)

6. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces visitó un centro de atención aguda o urgente, o una sala de emergencias debido a problemas de salud que Ud. tuvo?

Número de veces

If the participant reports "0" (zero), **GO TO QUESTION 7.**

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

If the participant reports 1 or more, ask:

6a. ¿Cuántas de estas visitas ocurrieron en los 50 estados de los EEUU?

- a. Todas
- b. La mayoría
- c. Algunas
- d. Ninguna

7. En los pasados 12 meses, sin contar las veces que visitó una sala de emergencias o centro de atención urgente, ¿cuántas veces visitó un médico, enfermero(a) o profesional de la salud para obtener servicios para Ud. mismo(a) por cualquier motivo?

Número de veces

If the participant reports "0" (zero), **GO TO QUESTION 10.**

If the participant reports 1 or more, ask:

7a. ¿Cuántas de estas visitas ocurrieron en los 50 estados de los EEUU?

- a. Todas
- b. La mayoría
- c. Algunas
- d. Ninguna

## **B. El siguiente bloque de preguntas [Q8-10] es sobre cuidado médico de rutina.**

8. ¿Hay alguna persona a la que considere su médico o proveedor de atención médica personal?

- a. No
- b. Sí, solo una
- c. Más de una
- d. No sabe o no está seguro(a)
- e. Se negó a responder

9. ¿A qué tipo de lugar va **NORMALMENTE** cuando necesita tratamiento o cuidado preventivo de rutina, tal como examen físico o revisión (examen) general?

- a. No recibe tratamiento o cuidado preventivo en ningún lugar
- b. No va al mismo lugar con frecuencia
- c. Clínica o centro de salud **GO TO QUESTION 11**
- d. Consultorio médico o HMO **GO TO QUESTION 11**
- e. Sala de emergencias de un hospital
- f. Clínica ambulatoria (externa) de un hospital **GO TO QUESTION 11**
- g. Otro lugar (Especifique : \_\_\_\_\_) **GO TO QUESTION 11**
- h. Se negó a responder **GO TO QUESTION 11**
- i. No sabe o no está seguro(a) **GO TO QUESTION 11**

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
---------------------	---	---	-------	--	--

10. ¿Por qué no tiene una fuente de atención médica habitual (regular)? (Seleccione todas las razones que apliquen.)

- a. No necesita un médico o no ha tenido problemas
- b. No le gusta, no confía, o no cree en médicos
- c. No sabe dónde ir
- d. El médico que tenía anteriormente no está disponible/se mudó
- e. Muy cara; no tiene seguro; costo alto
- f. Habla un idioma diferente
- g. No hay atención disponible; la atención está muy lejos o no está conveniente ubicada
- h. Lo dejó para después; no llegó a hacerlo
- i. Otra razón (Especifique \_\_\_\_\_)
- j. Se negó a responder
- k. No sabe o no está seguro(a)

**C. El siguiente bloque [Q11-27] es sobre utilización de servicios de cernimiento (detección temprana), preventivos y cuidado crónico. Algunas de las preguntas se le harán a todos los participantes, y otras a participantes de cierta edad, sexo o con diabetes.**

11. **[A todos los participantes]** ¿Hace cuánto tiempo tuvo un chequeo o revisión de rutina hecho por un médico o profesional de la salud?

- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
- b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
- c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- e. Hace 5 años o más
- f. Nunca
- g. No sabe o no está seguro(a)
- h. Se negó a responder

12. **[A todos los participantes]** ¿Hace cuánto tiempo que recibió la vacuna contra la gripe (influenza), ya sea en inyección o aerosol (spray) nasal?

- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
- b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
- c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- e. Hace 5 años o más
- f. Nunca
- g. No sabe o no está seguro(a)
- h. Se negó a responder

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

13. **[A todos los participantes]** ¿Hace cuánto tiempo recibió la vacuna contra el tétano que se le administra a adultos (refuerzo)?
- En el último año (en los últimos 12 meses)
  - En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
  - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
  - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
  - Hace 5 años o más
  - Nunca
  - No sabe o no está seguro(a)
  - Se negó a responder
- 13 a. Si recibió la vacuna, ¿sabe si dicha vacuna estaba combinada con la vacuna contra la tos ferina (pertussis, "whooping cough")?
- Sí, recibió la combinación con la vacuna contra la tosferina
  - Recibió la vacuna contra el tétano, pero no estaba combinada con la vacuna contra la tosferina
  - Recibió la vacuna, pero no sabe qué tipo
14. **[A todos los participantes]** ¿Cuándo fue la última vez que un médico o un oculista le hizo un examen de la vista?
- En el último año (en los últimos 12 meses)
  - En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
  - En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
  - En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
  - Hace 5 años o más
  - Nunca
  - No sabe o no está seguro(a)
  - Se negó a responder
15. **[Hombres de 45-79 años y mujeres de 55-79 años]** ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha recomendado que tome una dosis baja de aspirina todos los días o cada otro día para prevenir o controlar alguna enfermedad del corazón?
- No [GO TO QUESTION 22]
  - Sí [GO TO NEXT QUESTION]
  - Se negó a responder [GO TO QUESTION 22]
  - No sabe o no está seguro(a) [GO TO QUESTION 22]
- 15a. ¿Está siguiendo dicha recomendación?
- No
  - Sí
  - No, porque no tolera la aspirina o ha tenido alguna reacción adversa
  - Se negó a responder
  - No sabe o no está seguro

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

16. **[Participantes de 50-75 años]** ¿ALGUNA VEZ se ha hecho alguno de los exámenes para detectar cáncer de colon (intestino)?

- a. No
- b. Sí **[GO TO QUESTION 23]**
- c. No sabe o no está seguro(a)
- d. Se negó a responder

16 a. ¿Qué prueba se hizo? Especifique \_\_\_\_\_, y cuándo \_\_\_\_\_ (fecha aproximada o año)

17. **[Hombres y mujeres de 24-32 años]** ¿ALGUNA VEZ ha recibido la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)?

- a. No
- b. Sí **[GO TO QUESTION 17a]**
- c. No fue recomendada por el médico o profesional de la salud
- d. No sabe o no está seguro(a)
- e. Se negó a responder

17 a. ¿Cuántas inyecciones de la vacuna contra VPH recibió?  
\_\_ \_ Número de inyecciones

18. **[Mujeres de 40 años o más]** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
- b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
- c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- e. Hace 5 años o más
- f. Nunca
- g. No sabe o no está segura
- h. Se negó a responder

19. **[Mujeres de 24-65 años]** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del Papanicolaou (prueba para detectar cáncer del cuello uterino)?

- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
- b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
- c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
- e. Hace 5 años o más
- f. Nunca
- g. No sabe o no está segura
- h. Se negó a responder

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

20. **[Mujeres de 65 años o más]** ¿ALGUNA VEZ le han hecho una prueba para detectar osteoporosis (pérdida de la densidad de los huesos, huesos más frágiles)?
- a. No
  - b. Sí
  - c. No sabe o no está segura
  - d. Se negó a responder
21. **[Participantes con diabetes]** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de los ojos, en el que le dilataron las pupilas, para determinar si la diabetes le ha afectado los ojos?
- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
  - b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
  - c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
  - d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
  - e. Hace 5 años o más
  - f. Nunca
  - g. No sabe o no está seguro(a)
  - h. Se negó a responder
22. **[Participantes con diabetes]** ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de orina para determinar si la diabetes ha afectado sus riñones?
- a. En el último año (en los últimos 12 meses)
  - b. En los últimos 2 años (hace más de un 1 año, pero menos de 2)
  - c. En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
  - d. En los últimos 5 años (hace más de 3 años, pero menos de 5)
  - e. Hace 5 años o más
  - f. Nunca
  - g. No sabe o no está seguro(a)
  - h. Se negó a responder
23. **[Participantes con diabetes]** ¿En los últimos 12 meses, se ha examinado los pies para detectar heridas o irritaciones?
- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Nunca                       | <b>GO TO QUESTION 24</b> |
| Sí                          |                          |
| No tiene pies               | <b>GO TO QUESTION 25</b> |
| Se negó a responder         | <b>GO TO QUESTION 24</b> |
| No sabe o no está seguro(a) | <b>GO TO QUESTION 24</b> |
- 23 a. Si respondió "Sí", ¿cuántas veces? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud.
- \_\_ \_\_ veces al día
  - \_\_ \_\_ veces a la semana
  - \_\_ \_\_ veces al mes

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
---------------------	---	---	-------	--	--

24. **[Participantes con diabetes]** ¿En los últimos 12 meses, un médico, un(a) enfermero(a) u otro profesional de la salud le ha examinado los pies para detectarle heridas o irritaciones?

No **GO TO QUESTION 25**

Sí

Se negó a responder **GO TO QUESTION 25**

No sabe o no está seguro(a) **GO TO QUESTION 25**

24 a. Si respondió "Sí", ¿cuántas veces?

\_\_ \_ Número de veces

25. **[Participantes con diabetes]** ¿Se examina su nivel de glucosa (azúcar) en sangre?

Nunca **GO TO QUESTION 26**

Sí

Se negó a responder **GO TO QUESTION 26**

No sabe o no está seguro(a) **GO TO QUESTION 26**

25 a. Si respondió "Sí", ¿con qué frecuencia examina su nivel de glucosa (azúcar) en la sangre? Incluya las veces en que lo examinó un familiar o un amigo, pero NO cuando lo examinó un profesional de la salud.

\_\_ \_ veces al día

\_\_ \_ veces a la semana

\_\_ \_ veces al mes

26. **[Participantes con diabetes]** La prueba hemoglobina A1C mide el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses. ¿En los últimos 12 meses un médico, un(a) enfermero(a) u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba de hemoglobina A1C?

a. No [GO TO QUESTION 28]

b. Sí

c. Nunca ha oído hablar de la prueba hemoglobina A1C [GO TO QUESTION 28]

d. No sabe o no está seguro(a) [GO TO QUESTION 28]

e. Se negó a responder [GO TO QUESTION 28]

26 a. Si respondió "Sí", indique el número de veces.

\_\_ \_ Número de veces [GO TO NEXT QUESTION]

27. **[Participantes con diabetes]** ¿Sabe su nivel de hemoglobina A1c?

a. Sí

b. No

c. Se negó a responder



ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

**D. El siguiente bloque de preguntas [Q28-35] es sobre seguro médico (plan médico, aseguranza, cobertura médica).**

28. ¿Tiene seguro médico o cobertura médica?
- No [**GO TO QUESTION 33**]
  - Sí [**GO TO NEXT QUESTION**]
  - No sabe o no está seguro(a)
  - Se negó a responder

29. ¿Está ACTUALMENTE cubierto(a) mediante cualquiera de los siguientes tipos de seguros médicos o cubiertas? Puede seleccionar más de una alternativa. (Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h).

	Yes	No
a. Seguro médico a través de su patrono (empleador) actual o patrono anterior o unión laboral (o patrono del cónyuge, pareja u otro familiar)		
b. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros (por Ud. o un pariente)		
c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o con ciertas discapacidades		
d. Medicaid, Medi-Cal, o cualquier otro plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o discapacidades		
e. VA (incluyendo aquellos que alguna vez hayan utilizado o se hayan inscrito en servicios de salud de la Administración de Veteranos)		
f. TRICARE, CHAMPUS u otro plan de servicios de salud militar		
g. Indian Health Service (Servicio de Salud para los Indígenas)		
h. Cualquier otro tipo de seguro médico o cobertura (Especifique_____)		
i. Se negó a responder		
j. No sabe o no está seguro(a)		

30. La ley de la reforma de salud (popularmente conocida como "Obamacare") ha establecido nuevos mercados de seguros médicos federales y estatales (también llamados intercambios) donde personas no aseguradas y empleados de empresas pequeñas pueden comprar seguro médico. ¿Ha adquirido cubierta a través de alguno de estos mercados: Covered California; nystateofhealth; HealthCare.gov; CuidadodeSalud.gov?
- No
  - Sí
  - No sabe o no está seguro(a)
  - Se negó a responder

31. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido cubierta para gastos médicos a través de Medicaid de Emergencia?
- No
  - Sí

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
---------------------	---	---	-------	--	--

- c. No sabe o no está seguro(a)
- d. Se negó a responder

32. Un plan de cobertura catastrófica cubre 3 visitas médicas al año, y solo cubre servicios médicos después que un individuo pague miles de dólares (por ejemplo, los primeros \$6,000 o más en gastos médicos). ¿Ha comprado un plan de cobertura catastrófica?

- a. No
- b. Sí
- c. Se negó a responder
- d. No sabe o no está seguro(a) [PROCEED TO SET OF QUESTIONS ABOUT CITIZENSHIP]

33. ¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro o cobertura médica?

- a. 6 meses o menos
- b. Más de 6 meses, pero menos de 1 año
- c. Más de 1 año, pero menos de 3
- d. Más de 3 años
- e. Nunca ha tenido seguro o cobertura
- f. Se negó a responder
- g. No sabe o no está seguro(a)

34. ¿Cuáles son las razones principales por las que actualmente no tiene seguro médico? Seleccione todas las que apliquen.

- a. Muy caro; el costo es muy alto
- b. No es elegible para cobertura a través del patrono (empleador)
- c. Su patrono o empleador (o el patrono del cónyuge, pareja u otro familiar) no ofrece seguro médico
- d. Se le negó seguro médico debido a una condición pre-existente
- e. No es elegible para Medicaid/Medi-Cal o recientemente perdió la cobertura a través de Medicaid/Medi-Cal
- f. Ha perdido la capacidad de obtener seguro médico mediante el cónyuge, pareja u otro familiar
- g. No es elegible para crédito fiscal anticipado para la prima ("premium tax credits") u otros créditos de impuestos
- h. No es elegible debido al estatus de su ciudadanía
- i. Cree que no necesita seguro
- j. No sabe cómo solicitar seguro médico
- k. Otro (Especifique: .....)
- l. No sabe o no está seguro(a)
- m. Se negó a responder

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCE  
VERSION: 1, 12/12/2013

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

35. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido cubierta para gastos médicos a través de Medicaid de Emergencia?

- a. No
- b. Sí
- c. No sabe o no está seguro(a)
- d. Se negó a responder [PROCEED TO THE NEXT SET OF QUESTIONS]

**E. El siguiente bloque de preguntas [Q36-38] es sobre lugar de nacimiento, estatus de ciudadanía y documentación para vivir en los EE.UU.**

**Estas preguntas son de carácter sensible, y algunos participantes no querrán responderlas. Se les debe asegurar a los participantes que tienen la libertad de no responder a ninguna de ellas, y que dicha decisión no afectará su participación en el estudio o los referidos a servicios médicos que han recibido. A aquellos participantes que respondan a las preguntas se les debe asegurar que sus respuestas serán bloqueadas y no se divulgarán al público.**

**Estas preguntas se le harán a todos los participantes.**

36. ¿Dónde nació?

- a. En los EE.UU., especifique el estado \_\_\_\_\_
- b. Fuera de los EE.UU.; especifique el país, ciudad, provincial, estado, pueblo  
\_\_\_\_\_

37. ¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos?

- a. Sí, nació en los EE.UU.
- b. Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes o las Islas Marianas del Norte
- c. Sí, nació en el extranjero de padre o madre que son ciudadanos de los EE.UU.
- d. Sí, es ciudadano(a) por naturalización (Especifique año: \_\_\_\_)
- e. No, no es ciudadano de los EE.UU.
- f. Se negó a responder
- g. No sabe o no está seguro(a)

38. Si respondió "No" a la pregunta anterior, ¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación?

- a. Tiene la tarjeta de residente permanente ("Green Card")
- b. Ha solicitado la Tarjeta Verde ("Green Card")
- c. Tiene otro tipo de visa (Especifique: \_\_\_\_\_)
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Se negó a responder
- f. No sabe o no está seguro(a)