

Revised 2019 HCPS Questionnaire - Spanish

MODULE A: INTRODUCTION

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

PRESS 1 TO CONTINUE

[PROGRAMMER: PLACE AT BOTTOM OF THIS FIRST SCREEN:

(Declaración pública de responsabilidad: La información recopilada a través de la Encuesta de pacientes del centro médico (HCPS) informa a la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) sobre cómo los centros médicos brindan acceso a la atención médica primaria y preventiva desde la perspectiva de los pacientes. Es la única encuesta de este tipo representativa a nivel nacional que se centra en la atención médica de las poblaciones que buscan atención en los centros médicos. Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB para este proyecto es 0915-0368 y es válido hasta el XX/XX/202X. Esta recopilación de información es voluntaria. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de 1 hora, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland 20857 o por correo electrónico a paperwork@hrsa.gov.)

NOTE: THE 60 MINUTE ESTIMATE IS FOR AN ADULT INTERVIEW, 50 FOR AN ADOLESCENT INTERVIEW AND 45 FOR A PARENT PROXY INTERVIEW. THESE WILL NEED TO CHANGE BASED ON WHAT TYPE OF INTERVIEW THEY RECEIVE.

.....
INT_TEENPAR

INTERVIEWER: IS THIS INTERVIEW WITH A 13 TO 17-YEAR-OLD PATIENT?

- 1=YES
- 2=NO

.....
INT_TEENROUT. [IF INT_TEENPAR=1 GO TO INS2, ELSE CONTINUE]

.....

INTDOB. ¿En qué mes y año nació {usted/NAME}?

_____ MONTH [ALLOW 01-12]
_____ YEAR [ALLOW 1900-2020]

[PROGRAMMER: CALCULATE AGE BASED ON RESPONSE FROM INTDOB AND POPULATE CALCULATED AGE IN INTAGE_VER. IF INTAGE LESS THAN 12 MONTHS, CODE AS 1 YEAR.]

.....
INTAGE_VER.

Eso quiere decir que {usted/NAME} tiene {CALCULATED AGE} años, ¿es esto correcto?

- 1=YES
- 2=NO

[IF INTAGE_VER=1, POPULATE THE CALCULATED AGE IN INTAGE, ELSE GO TO INTAGE]

.....
INTAGE. [IF INTDOB = DK OR RE CONTINUE, ELSE GOTO INT3]

¿Me puede decir {su edad actual/la edad actual de NAME}?

IF AGE LESS THAN 12 MONTHS CODE AS 1 YEAR.

IF NEEDED: PROBE FOR A BEST ESTIMATE.

_____ AGE IN YEARS [ALLOW 001-109]

[IF INTAGE=DK OR RE, INTAGE_HARDCHECK] Esta pregunta es importante y me ayudará a hacerle las preguntas más adecuadas de la encuesta. REPEAT QUESTION.

.....
INT3. ¿Qué sexo le fue asignado a {usted/NAME} al nacer, en su certificado de nacimiento original?

- 1=HOMBRE
- 2 =MUJER
- 3=DON'T KNOW
- 4=REFUSED

[IF INTAGE <=12 AND INT3=3 OR 4]: Gracias, pero no podemos continuar la entrevista ya que necesitamos el sexo de su hijo(a) para proceder adecuadamente con las preguntas de la encuesta.

[GO TO END (NONINTERVIEW)]

.....

INT4. ¿Habla {usted/NAME} algún otro idioma que no sea inglés en el hogar?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

INT4a. [IF INT4=1 CONTINUE, ELSE GO TO INT1a]

¿Qué otro idioma habla {usted/NAME} en el hogar?

_____ [ALLOW 40]

.....

INT4b. ¿Qué tan bien habla (usted/NAME) inglés? ¿Diría que...?

- 1=Muy bien
- 2=Bien
- 3=No muy bien
- 4=Nada

.....

INT1a. ¿Es {usted/NAME} de origen hispano, latino o español?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

INT5. [IF INT1a=1 CONTINUE, ELSE GO TO INT2]

SHOWCARD INT0

Por favor mire esta tarjeta.

¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor {su origen hispano, latino o español/el origen hispano, latino o español de NAME?} Puede seleccionar una o más opciones.

- 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. [IF INT5=8 CONTINUE, ELSE GO TO INT2]

Por favor, especifique {su origen hispano, latino o español/el origen hispano, latino o español de NAME}.

_____ [ALLOW 40]

.....

INT2. Por favor mire esta tarjeta. ¿De qué raza o razas se considera {usted/NAME} mismo(a)? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD INT1

NOTE: CODE “NATIVO AMERICANO” AS “INDIO AMERICANO”

INTERVIEWER NOTE: IF RESPONDENT PROVIDES A RESPONSE OTHER THAN WHAT IS PROVIDED ON THIS SHOWCARD, PLEASE PROBE: Esta pregunta es importante para nuestro análisis general, ¿podría volver a revisar la tarjeta con las opciones de respuestas para determinar la raza o razas que se considera {usted/NAME} mismo(a)? IF RESPONDENT CANNOT PROVIDE A CATEGORY, SELECT 99 NOT A VALID RESPONSE.

NOTE: IF NEEDED YOU CAN ALSO SELECT [CTRL][M] TO ADD AN INTERVIEWER COMMENT.

- 1=BLANCO(A)
- 2=NEGRO(A) O AFRICANO(A) AMERICANO(A)
- 3= INDIO(A) AMERICANO(A) O NATIVO(A) 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(A)
- 13=COREANO(A)
- 14=VIETNAMITA
- 15=OTRA RAZA ASIÁTICA
- 16=OTRA RAZA NATIVA AMERICANA/INDIA AMERICANA
- 17=OTRA RAZA ISLEÑA DEL PACÍFICO
- 99=NOT A VALID RESPONSE

.....

INT2_OTH_ASIAN. [IF INT2=15 CONTINUE, ELSE GO TO INT2_OTH_INDIAN]

Por favor, especifique de qué otra raza **asiática** considera que es {usted/NAME}.

_____ [ALLOW 40]

.....

INT2_OTH_INDIAN. [IF INT2=16 CONTINUE, ELSE GO TO INT2_MU~~L~~HOTH_PACIFIC]

Por favor, especifique de qué otra raza **india americana/nativa americana** considera que es {usted/NAME}.

_____ [ALLOW 40]

.....

INT2_OTH_PACIFIC. [IF INT2=17 CONTINUE, ELSE GO TO INT2_MULTI]

Por favor, especifique de qué otra raza **isleña del Pacífico** considera que es {usted/NAME}.

_____ [ALLOW 40]

.....

INT2_MULT. [IF MORE THAN ONE RESPONSE TO INT2 CONTINUE, ELSE GO TO MEDINTRO]

¿Cuál de estos grupos, es decir {FILL RESPONSES FROM INT2 AND INT2_OTH} diría usted que **mejor** representa {su raza/la raza de NAME}?

[LIST ONLY SELECTIONS MADE IN INT2]

- 1=BLANCO(A)
- 2=NEGRO(A) O AFRICANO(A) AMERICANO(A)
- 3= INDIO(A) AMERICANO(A) O NATIVO(A) 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(A)
- 13=COREANO(A)
- 14=VIETNAMITA
- 15=OTRA RAZA ASIÁTICA
- 16=OTRA RAZA NATIVA AMERICANA/INDIA AMERICANA
- 17=OTRA RAZA ISLEÑA DEL PACÍFICO

.....

MODULE B: ACCESS TO CARE

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.

.....

MED1. En los **últimos 12 meses**, es decir, desde {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que {usted/NAME} necesitaba algún tipo de atención médica, examen o tratamiento?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MED2. [IF MED1=1 CONTINUE, ELSE GO TO ROUINTRO]

En los **últimos 12 meses**, ¿hubo alguna ocasión en que {usted/NAME} no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba?

1=SÍ
2=NO

.....
MED2a. [IF MED2=1 CONTINUE, ELSE GO TO MED5]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba?

SHOWCARD MED1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 13=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=OTRA RAZÓN

.....
MED2a_OTH. [IF MED2a=14 CONTINUE, ELSE GO TO MED4]

Por favor especifique la otra razón por la que {usted/NAME} no pudo obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba.

_____ [ALLOW 60]

.....
MED4. ¿Qué tipo de atención médica necesitaba {usted/NAME} pero no pudo obtener?

CODE ONE OR MORE RESPONSES

- 1= NECESITÓ UN PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO
- 2= ATENCIÓN MÉDICA PARA UNA AFECCIÓN CRÓNICA
- 3= NECESITABA VER A UN MÉDICO ESPECIALISTA
- 4= NECESITABA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
- 5= ATENCIÓN MÉDICA PARA EL DOLOR
- 6= PROBLEMA RELACIONADO CON LA SALUD MENTAL
- 7= ALGUNA OTRA ATENCIÓN MÉDICA

.....

MED4_OTH. [IF MED4=7 CONTINUE, ELSE GO TO MED5]

Favor de especificar el otro tipo de atención médica que {usted/NAME} necesitaba pero no pudo obtener.

_____ [ALLOW 60]

.....

MED5. En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿**se tardó** {usted/NAME} en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MED5a. [IF MED5=1 CONTINUE, ELSE GO TO ROUINTRO]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba?

SHOWCARD MED1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 13=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=OTRA RAZÓN

.....

MED5a_OTH. [IF MED5a=14 CONTINUE, ELSE GO TO MED6]

Por favor especifique la otra razón por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted o un médico u otro profesional de la salud pensaron que necesitaba.

_____ [ALLOW 60]

.....

.....

MED6.

¿Qué tipo de atención médica **se tardó** {usted/NAME} en obtener?

_____ [ALLOW 60]

.....

MODULE C: ROUTINE CARE

ROUINTRO. Ahora voy a preguntarle acerca de los servicios de salud que {usted/NAME} recibió en los **últimos 12 meses**.

1=CONTINUE

.....

ROU2. Durante los **últimos 12 meses**, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿cuántas veces ha ido {usted/NAME} 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.

1 = 1 VEZ

- 2 = 2 VECES
- 3 = 3 VECES
- 4 = 4 O MÁS VECES
- 5 = NO HA IDO A LA SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

.....

ROU2a. [IF ROU2=5 GOTO ROU5, ELSE CONTINUE]

Por favor, piense en {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias, ¿fue {usted/NAME} a la sala de emergencias ya sea en la noche o el fin de semana?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

ROU2c. ¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?

{Usted/NAME} no tenía ningún otro lugar a donde ir.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

ROU2c1. (¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?)

El consultorio del médico o la clínica de {usted/NAME} no estaba abierta.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

ROU2c2. (¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?)

{Su proveedor de salud/El proveedor de salud de NAME} le recomendó que fuera ahí.

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU2c3. (¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?)

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

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU2c4. (¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?)

Sólo en un hospital {me podían ayudar/podían ayudar a NAME}.

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU2c5. (¿Dígame cuál de las siguientes declaraciones corresponde a {su visita más reciente /la visita más reciente de NAME} a la sala de emergencias?)

La sala de emergencias era el proveedor médico más cercano.

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU2c6. ¿Recibe {usted/NAME} la mayor parte de su atención médica en una sala de emergencias?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU3. En los **últimos 12 meses**, ¿ha sido {usted/NAME} internado(a) en el hospital **por una noche**? No incluya las ocasiones en que pasó la noche en la sala de emergencias.

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

ROU4. [IF ROU3=1 CONTINUE, ELSE GOTO ROU5]

Durante los **últimos 12 meses**, ¿cuántas diferentes ocasiones pasó {usted/NAME} la noche o más tiempo en algún hospital?

- 1 = 1 vez
- 2 = 2 veces
- 3= 3 a 4 veces
- 4 = 5 a 6 veces
- 5 = 7 o más veces

.....

ROU5. Hay dos tipos de vacunas contra la gripe. Una es una inyección y la otra es en forma de espray, aerosol o gota en la nariz.

Durante los **últimos 12 meses**, ¿ha recibido{usted/NAME} una vacuna contra la gripe? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

SI ES NECESARIO: La vacuna contra la gripe se ofrece por lo general en el otoño y protege durante la temporada de la gripe.

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

.....

ROU8. [IF INTAGE GE 65 CONTINUE, ELSE GO TO ROU9f2]

¿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. ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

ROU9f2. [IF INTAGE=11-64 CONTINUE ELSE GO TO ROU9a]

¿Alguna vez ha recibido la vacuna del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

IF NEEDED: HPV es el virus del papiloma humano. Las vacunas contra el el HPV se llaman Cervarix o Gardasil. El virus genital del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más común.

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

ROU9a. [IF INTAGE LE 6 YEARS CONTINUE, ELSE GO TO ROU10]

Las siguientes pocas 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**? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

ROU9e. ¿Ha recibido {NAME} todas las vacunas que se recomiendan para su edad de acuerdo al calendario de inmunización?

INTERVIEWER PROBE: Por ejemplo, su niño(a) ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

ROU9f. [IF ROU9e=2 CONTINUE, ELSE GO TO ROU10]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {NAME} no ha recibido todas las vacunas que {él/ella} debe haber recibido de acuerdo a su edad?

SHOWCARD ROU1

- 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 LA ATENCIÓN MÉDICA
- 6=PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 7=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 8=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 9=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11=OTRA RAZÓN

.....

ROU9f_OTH. [IF ROU9f=11 CONTINUE, ELSE GO TO ROU10]

Por favor, especifique la otra razón por la que {NAME} no ha recibido todas las vacunas que {él/ella} debe haber recibido de acuerdo a su edad.

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

ROU10. [IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO ROU12]

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.

- 1=NUNCA
 - 2= HACE MENOS DE 1 AÑO
 - 3= POR LO MENOS 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
 - 4= POR LO MENOS 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
 - 5= POR LO MENOS 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS
 - 6= POR LO MENOS 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
 - 7= HACE 5 AÑOS O MÁS
-

ROU11. [IF ROU10=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO ROU11a]

¿Le hicieron este chequeo médico en {REFERENCE HEALTH CENTER}?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

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

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

SHOWCARD ROU2

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 13=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=OTRA RAZÓN

.....

ROU11a_OTH. [IF ROU11a=14 CONTINUE, ELSE GO TO ROU12]

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

_____ [ALLOW 40]

.....
ROU12. [IF INTAGE LESS THAN 18 CONTINUE, ELSE GO TO ROU14]

Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos médicos infantiles rutinarios, es decir, un examen físico general, que se hicieron cuando {usted/NAME} no estaba enfermo(a) o lesionado(a). ¿Hace cómo cuánto tiempo que {usted/él/ella} no se ha hecho un chequeo médico infantil o un examen físico general?

- 1=NUNCA
 - 2= HACE MENOS DE 1 AÑO
 - 3= POR LO MENOS 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
 - 4= POR LO MENOS 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
 - 5= POR LO MENOS 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS
 - 6= POR LO MENOS 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
 - 7= HACE 5 AÑOS O MÁS
-

ROU13. [IF ROU12=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO ROU13a]

¿Le hicieron a {usted/él/ella} este chequeo médico en {REFERENCE HEALTH CENTER}?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

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

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no {te han hecho/le1 han hecho a NAME} un chequeo médico infantil rutinario o un físico general en los **últimos 12 meses**?

SHOWCARD ROU2

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 13=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=OTRA RAZÓN

.....
ROU13a_OTH. [IF ROU13a=14 CONTINUE, ELSE GO TO ROU14]

Por favor, especifique la otra razón por la que no le han hecho a {usted/ NAME} un chequeo médico infantil rutinario o un examen físico general en los **últimos 12 meses**.

_____ [ALLOW 40]

.....
.....
ROU14. [IF INTAGE LE 5 CONTINUE, ELSE GO TO CON3_VALUE]

¿Alguna vez le han hecho a {NAME} una prueba para determinar la cantidad de plomo en la sangre?
¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....
ROU15. [IF ROU14=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO ROU17]

¿Qué edad tenía {NAME} la última vez que le hicieron esta prueba?

IF LESS THAN 1 YEAR, ENTER 0.

_____ AGE [ALLOW 00-05]

[PROGRAMMER: NEED AGE CHECK SO AGE REPORTED IS NOT HIGHER THAN ACTUAL AGE REPORTED IN INTAGE EARLIER IN THE INTERVIEW.]
.....

ROU17. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha hablado sobre cosas que podrían ocasionar que {NAME} se exponga al plomo, tales como vivir o visitar una casa o un un apartamento que fue construido antes de 1978?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MODULE D: CONDITIONS

CON3_VALUE. ¿Cuánto mide {usted/NAME} sin zapatos?

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE NUMBERS

EXAMPLES:

5FT 6IN =

1.65 METERS =

165 CENTIMETERS =

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

CON3_UNITS. ¿Cuánto mide {usted/NAME} sin zapatos?

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=FEET/INCHES
- 2=METERS/CENTIMETERS
- 3=CENTIMETERS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

CON4. ¿Cuánto pesa {usted/NAME} sin ropa o zapatos?

[PROGRAMMERS: ALLOW METRIC; DO NOT ALLOW BLANK RESPONSE]

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

CON4_UNITS.

INTERVIEWER: WAS THE RESPONSE IN POUNDS OR KILOGRAMS?

1=POUNDS
2=KILOGRAMS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

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 DAYS
1 = 1 DAY
2 = 2 DAYS
3 = 3 DAYS
4 = 4 DAYS
5 = 5 DAYS
6 = 6 DAYS
7 = 7 DAYS

.....

CON9x. ¿Con qué frecuencia hace {usted/NAME} actividades **ligeras o moderadas en su tiempo libre** de **por lo menos 10 minutos** que causan sudor **ligero solamente** o un aumento **leve a moderado** de la respiración o el ritmo cardíaco?

IF NEEDED: ¿Cuántas veces al día, a la semana, al mes o al año hace {usted/NAME} estas actividades?

_____ TIME(S)

ENTER 88 IF UNABLE TO DO THIS TYPE OF ACTIVITY
ENTER 99 IF NEVER

.....

CON9x_UNITS. [IF CON9x=88 OR 99 GO TO CON9z, ELSE CONTINUE]

(¿Con qué frecuencia hace {usted/NAME} actividades **ligeras o moderadas en su tiempo libre de por lo menos 10 minutos** que causan sudor **ligero solamente** o un aumento **leve a moderado** de la respiración o el ritmo cardíaco?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=AL DÍA
- 2=A LA SEMANA
- 3=AL MES

[HARD CHECK REQUIRED]

.....
CON9y. ¿Cómo cuánto tiempo hace estas actividades físicas ligeras o moderadas en su tiempo libre cada vez?

ENTER 88 IF UNABLE TO DO THIS TYPE OF ACTIVITY
ENTER 99 IF NEVER

.....
CON9y_UNITS. ¿Cómo cuánto tiempo hace estas actividades físicas ligeras o moderadas en su tiempo libre cada vez?

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=MINUTES
- 2=HOURS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....
5

CON9z. ¿Con qué frecuencia hace actividades físicas **vigorosas en su tiempo libre de por lo menos 10 minutos** que causan sudor **intenso o gran** aumento en la respiración o ritmo cardíaco?

IF NEEDED: ¿Cuántas veces al día, a la semana, al mes o al año hace estas actividades?

_____ TIME(S)

ENTER 88 IF UNABLE TO DO THIS TYPE OF ACTIVITY

ENTER 99 IF NEVER

.....
CON9z_UNITS. [IF CON9z=88 OR 99 GO TO CON9N1, ELSE CONTINUE]

(¿Con qué frecuencia hace actividades físicas **vigorosas en su tiempo-libre** de **por lo menos 10 minutos** que causan sudor **intenso** o **gran** aumento en la respiración o ritmo cardíaco?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=AL DÍA
- 2=A LA SEMANA
- 3=AL MES

[HARD CHECK REQUIRED]

.....
CON9z1. ¿Cómo cuánto tiempo hace estas actividades físicas vigorosas en su tiempo libre cada vez?

.....
CON9z1_UNITS. (¿Cómo cuánto tiempo hace estas actividades físicas vigorosas en su tiempo libre cada vez?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=MINUTES
- 2=HOURS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....
CON9N1. Ahora le preguntaré sobre el tiempo que dedica a ver televisión y luego sobre el uso de la computadora.

En un día **promedio, entre lunes y viernes**, ¿cómo cuánto tiempo pasa {usted/NAME} normalmente frente al televisor viendo programas de televisión, vídeos o jugando videojuegos?

- 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 O MÁS
6=NO VE TELEVISIÓN NI VIDEOS

.....

CON9n2. En un día **promedio, entre lunes y viernes**, ¿cómo cuánto tiempo pasa {usted/NAME} normalmente con computadoras, teléfonos celulares, videojuegos portátiles y otros dispositivos electrónicos, haciendo cosas que no son del trabajo o la escuela?

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 O MÁS
6 =NO USA UN DISPOSITIVO ELECTRÓNICO FUERA DEL TRABAJO O LA ESCUELA

.....

CON9n3. En promedio, ¿cuántas horas duerme {usted/NAME} en un periodo de 24 horas?

____ HOURS [ALLOW 01 – 20]

.....

CON1. ¿Diría usted que en general {su salud/la salud de NAME} es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

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

.....

CON1a. Si compara {su salud/la salud de NAME} **de hace 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿diría que actualmente {su salud/la salud de NAME} es mejor, peor o sigue más o menos igual?

1=MEJOR
2=PEOR
3=MÁS O MENOS IGUAL

.....

CON2. [IF (INT3=2) AND INTAGE=15-49 CONTINUE, ELSE GO TO CON5]

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

¿Alguna vez ha estado embarazada?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON2a. [If CON2=1 continue, else go to CON5]

¿Está embarazada actualmente?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON5. [IF CON2a=1 FILL:] ¿Considera que antes de quedar embarazada tenía usted sobrepeso, un peso por debajo de lo normal o tenía un peso adecuado? [ELSE FILL:] ¿Considera que actualmente {usted/NAME} tiene sobrepeso, un peso por debajo de lo normal o tiene un peso adecuado?

- 1=SOBREPESO
- 2=PESO POR DEBAJO DE LO NORMAL
- 3=PESO ADECUADO

.....

CON6b. Durante los **últimos 12 meses**, ¿ha tratado {usted/NAME} de bajar de peso?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON6c. [IF CON6b=1 AND INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO CON7]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cómo trató de bajar de peso? Puede seleccionar todas las opciones que correspondan.

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES]

SHOWCARD CON1

SELECT ALL THAT APPLY

- 1= CAMBIÉ MI ALIMENTACIÓN, 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=CAMBIÉ LO QUE BEBÍA/ REDUJE MI CONSUMO DE SODAS/BEBIDAS CON AZÚCAR
- 10=OTRA

.....
CON6c_SPEC. [IF CON6c=10 CONTINUE, ELSE GO TO CON7]

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

_____ [ALLOW 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 {usted/NAME} tenía un problema con su peso? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....
CON8. Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico u otro profesional de la salud le habló sobre lo que {usted/NAME} puede hacer para controlar su peso, como planificar sus comidas y nutrición? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

CON8a3. (Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico u otro profesional de la salud le habló sobre lo que {usted/NAME} puede hacer para controlar su peso, como. . .)

Un programa de ejercicios? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

CON8a6. (Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico u otro profesional de la salud. . .)

Recomendó que {usted/NAME} viera a un nutricionista debido a su peso? (¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?)

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

CON8b. [If CON8=1 OR 2 or CON8a6=1 OR 2 continue, else go to CON8B1]

¿Ha hecho {usted/NAME} cambios en los hábitos alimenticios y en su nutrición desde que recibió asesoría sobre su peso?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

CON8b1. [If CON8a3=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON10]

¿Ha comenzado {usted/NAME} un programa de ejercicios desde que recibió asesoría sobre su peso?

- 1=SÍ

2=NO

.....
CON9a. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO CON9c]

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le recetó medicamentos para ayudarle a bajar de peso? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}

2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}

3= NO

.....
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?

1=SÍ

2=NO

.....
CON10. [IF INTAGE GE 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON11_hep]

Ahora le preguntaré sobre ciertas afecciones médicas.

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía hipertensión también llamada presión sanguínea alta?

IF NEEDED: Un profesional de la salud mide la presión sanguínea al usar un dispositivo electrónico automatizado de presión sanguínea o un brazalete inflable alrededor de su brazo y escucha con un estetoscopio.

1=SÍ

2=NO

.....
CON10b. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde que un médico u otro profesional de la salud le tomó la presión sanguínea a {usted/NAME}?

99=NUNCA

CON10b_UNITS. (¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde que un médico u otro profesional de la salud le tomó la presión sanguínea a {usted/NAME}?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=HACE DÍAS
- 2=HACE SEMANAS
- 3=HACE MESES
- 4=HACE AÑOS
- 88=HOY
- 99=NUNCA

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

CON10c. [IF CON10=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON11_hep]

Durante la consulta más reciente, ¿le dijeron que {usted/NAME} tenía presión sanguínea alta?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON10d. ¿Toma {usted/NAME} actualmente algún medicamento para controlar su presión sanguínea alta?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON11_hep. ¿**Alguna vez** le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía hepatitis?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON11_hep1. [IF CON11_hep=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON11a_2]

¿Qué tipos de hepatitis le diagnosticaron a {usted/NAME}?

SELECT ALL THAT APPLY

1=HEPATITIS A
2=HEPATITIS B
3=HEPATITIS C

.....

CON14m_current. [IF CON11_hep1=3 CONTINUE, ELSE GO TO CON11a_2]

¿Tiene {usted/NAME} hepatitis C **actualmente**?

1=SÍ
2=NO

.....

CON11a_2. ¿Alguna vez ha recibido (usted/NAME) 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.

1=SÍ
2=NO

.....

CON11_hepb. [If CON11a_2=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON11a_test]

¿Recibió {usted/NAME} por lo menos 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B, o menos de 3 dosis?

1=RECIBIÓ POR LO MENOS 3 DOSIS
2=RECIBIÓ MENOS DE 3 DOSIS

.....

CON11a_test. [IF CON11_hep1=1 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO CON11b_test]

¿Alguna vez se ha hecho {usted/NAME} la prueba de la hepatitis B? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
2= SÍ - {EN OTRO LUGAR)
3= NO

.....

CON11_b1. [IF CON11a_test=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON11b_test]

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

- 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
-

CON11b_test. [IF CON11_hep1=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON11]

¿Alguna vez le hicieron a {usted/NAME} la prueba de la hepatitis C? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-
-

CON11_c1. [IF CON11b_test=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON11]

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

- 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. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía asma? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....
CON11a. [IF CON11=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GOTO CON12]

¿Todavía tiene {usted/NAME} asma?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

CON11b. [IF CON11a=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON12]

Durante los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha tenido {usted/NAME} un episodio o ataque de asma?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

CON12. En los **últimos 3 años**, ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía diabetes o diabetes del azúcar?

¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

CON12_FAM. ¿**Alguna vez** un médico u otro profesional de la salud le ha dicho a {su madre, su padre, su hermano o su hermana/ la madre, el padre, el hermano o la hermana de NAME} que tenía diabetes o diabetes del azúcar? Incluya parientes de sangre solamente. No incluya parientes adoptivos o que no sean parientes de sangre.

- 1=SÍ

- 2=NO
- 3=NO ESTÁ SEGURO(A)

.....
CON12a1. [IF CON12=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON12a]

¿Le dijeron que {usted/NAME} tenía diabetes tipo 1 o tipo 2?

- 1=DIABETES TIPO 1
 - 2=DIABETES TIPO 2
-

CON12a. [IF CON12=3 CONTINUE, ELSE GO TO CON12b]

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tiene 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.

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

CON12b. [IF CON12=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON13]

¿Cuántos tenía {usted/NAME} la primera vez que un médico u otro profesional de la salud le dijo que {usted/él/ella} tenía diabetes?

_____ AGE IN YEARS [ALLOW 000-110]

.....

CON12c. [IF CON12=1 OR 2 AND CON2=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON13]

¿Eso fue únicamente cuando estaba embarazada?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

CON13. [IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO CON14a]

Las siguientes preguntas son sobre el colesterol en la sangre.

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

- 1=NUNCA
- 2= HACE MENOS DE 1 AÑO
- 3= POR LO MENOS 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
- 4= POR LO MENOS 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
- 5= POR LO MENOS 3 AÑOS PERO MENOS DE 4 AÑOS
- 6= POR LO MENOS 4 AÑOS PERO MENOS DE 5 AÑOS
- 7= HACE 5 AÑOS O MÁS

.....

CON13a. [IF CON13 = 2, 3, 4, 5, 6, OR 7 CONTINUE, ELSE GO TO CON14a]

¿Fue eso en {REFERENCE HEALTH CENTER} o en algún otro lugar?

- 1=REFERENCE HEALTH CENTER
- 2= ALGÚN OTRO LUGAR

.....

CON13b. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tenía un nivel alto de colesterol en la sangre?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON13d. (IF CON13b=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON14a)

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON14a. 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 {usted/él/ella} tenía...

Insuficiencia cardíaca congestiva?

1=SÍ
2=NO

.....
CON14b. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica?

1=SÍ
2=NO

.....
CON14c. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Angina, también llamada angina de pecho?

1=SÍ
2=NO

.....
CON14d. (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 {usted/él/ella} tenía...)

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

1=SÍ
2=NO

.....
CON14e. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Un derrame cerebral o una enfermedad cerebrovascular?

1=SÍ
2=NO

.....

CON14f. (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 {usted/él/ella} tenía...)

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

1=SÍ
2=NO

.....

CON14i. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Cualquier tipo de afección del hígado que no sea hepatitis?

1=SÍ
2=NO

.....

CON14j. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Riñones débiles o deficientes?

1=SÍ
2=NO

.....

CON14k. (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 {usted/él/ella} tenía...)

Tuberculosis (TB, por sus siglas en inglés)?

1=SÍ
2=NO

.....

CON15_COV1. **En los últimos 12 meses**, ¿se ha hecho {usted/NAME} una prueba de coronavirus o COVID-19? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

1=YES - {REFERENCE HEALTH CENTER}

2=YES - SOME OTHER PLACE

3=NO

.....
CON15_COV2. [IF CON15_COV1=1 OR 2] ¿Cuál fue el resultado de su prueba más reciente de coronavirus o COVID-19? ¿Diría que...

1={Usted/Él/Ella} tuvo coronavirus (COVID-19)?

2={Usted/Él/Ella} NO tuvo coronavirus (COVID-19)?

3=La prueba no pudo determinar si {usted/[él/ella]} tuvo coronavirus (COVID-19)?

4={Usted/Él/Ella} está esperando los resultados?

.....
CON9z1a. Una lesión cerebral traumática puede ser el resultado de un golpe, puñete o sacudida en la cabeza, o cuando un objeto atraviesa el cráneo y entra en el tejido cerebral. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que {usted/NAME} sufrió una lesión cerebral traumática?

1=SÍ

2=NO

.....
CON14i_current. [IF CON14i=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON14k_current]

¿Padece {usted/NAME} **actualmente** de algún tipo de afección del hígado que no sea hepatitis?

1=SÍ

2=NO

.....
CON14k_current. [IF CON14k=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON14k_current1]

¿Tiene {usted/NAME} tuberculosis **actualmente**?

1=SÍ

2=NO

.....
CON14k_current1 [IF CON14k_current=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON16]

¿Tiene {usted/NAME} actualmente tuberculosis activa?

1=SÍ
2=NO

.....
CON16. Durante los **últimos 12 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} neumonía?

1=SÍ
2=NO

.....
CON19. [IF INTAGE GE 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON25]

¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} tenía cáncer o cualquier tipo de tumor maligno?

1=SÍ
2=NO

.....
CON20. [IF CON19=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON25]

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

SHOWCARD CON2

SELECT UP TO 3 KINDS OF CANCER

- 1= VEJIGA
- 2=SANGRE
- 3=HUESO
- 4=CEREBRO
- 5=SENO
- 6=CUELLO UTERINO
- 7=COLON
- 8=ESÓFAGO
- 9=VESÍCULA BILIAR
- 10=RIÑÓN
- 11=LARINGE/TRÁQUEA
- 12=LEUCEMIA
- 13=HÍGADO
- 14=PULMÓN
- 15=LINFOMA

- 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 se refieren a {su audición y visión/ la audición y visión de NAME}.

¿Es {usted/NAME} sordo(a) o tiene mucha dificultad para oír?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON26. **[IF INTAGE GE 2:]** ¿Es {usted/NAME} ciego(a) o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes o anteojos?

[IF INTAGE LT 2:] ¿Tiene {NAME} algún problema para ver?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON27a. **[IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1]**

Las siguientes preguntas se refieren a la dificultad que usted tenga para realizar actividades regulares.

¿Tiene usted alguna dificultad con. . .

El cuidado personal, tal como lavarse por completo o vestirse? ¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON27c. ¿Tiene usted alguna dificultad para. . .

Comer? ¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON27d. ¿Tiene usted alguna dificultad para. . .

Acostarse en la cama o levantarse de la cama; sentarse en una silla o levantarse de una silla? (¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?)

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON27e. ¿Tiene usted alguna dificultad para. . .

Usar el inodoro, incluyendo llegar hasta el inodoro? (¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?)

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON27f. ¿Tiene usted alguna dificultad para. . .

Caminar o subir escaleras? (¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?)

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

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? ¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON28a. Durante los últimos 30 días, ¿cómo cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, tales como su cuidado personal, trabajo o recreación?

_____ NUMBER OF DAYS

.....

CON30. Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene usted mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones? ¿Diría que no tiene dificultad, algo de dificultad, mucha dificultad o no lo puede hacer?

- 1=NO TIENE DIFICULTAD
- 2=ALGO DE DIFICULTAD
- 3=MUCHA DIFICULTAD
- 4=NO PUEDE HACER ESTA ACTIVIDAD

.....

CON30a. ¿Está usted limitado(a) de alguna manera debido a la dificultad para recordar o porque usted tiene periodos de confusión?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON30b. Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene usted mucha dificultad para administrar su dinero, tal como saber en qué lo gasta o pagar sus cuentas?

1=SÍ

2=NO

.....

CON31a. ¿Se ha caído usted en los últimos 12 meses?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON31b. [IF CON31a=1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1] En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído usted?

_____ TIMES [ALLOW 00-99]

.....

CON32. [IF CON31b GE 1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1]

¿Se lesionó usted como resultado de la(s) caída(s)?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CON33. [IF CON32=2 GOTO CONF1, ELSE CONTINUE]

¿Cuántas de estas caídas ocasionaron una lesión que limitó sus actividades regulares por lo menos durante un día, o le ocasionaron ir a ver a un médico u otro profesional de la salud?

_____ VECES [ALLOW 00-99]

.....

MODULE E: CONDITIONS – FOLLOWUP

CONF1. [IF CON10=1 AND CON2=1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1a_a] [IF INTAGE <=12 GOTO CONF1a_a, ELSE CONTINUE]

Anteriormente, mencionó que a usted le habían dicho que tenía presión sanguínea alta. Me gustaría hacerle unas preguntas adicionales.

¿Tuvo presión sanguínea alta únicamente durante el embarazo?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF1a_a. [IF CON10=1 AND CONF1=2 OR BLANK CONTINUE, ELSE GO TO CON4]

(Debido a {su presión sanguínea alta/ la presión sanguínea alta de NAME}, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado **alguna vez** a {usted/él/ella}...)

Ponerse a dieta o cambiar sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar su presión sanguínea? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF1a_a2. [IF CONF1a_a=3 GOTO CONF1a_b, ELSE CONTINUE]

Actualmente, ¿está {usted/NAME} siguiendo el consejo de ponerse a dieta o cambiar sus hábitos alimenticios para ayudar a bajar su presión sanguínea?

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF1a_b. (Debido a {su presión sanguínea alta/ la presión sanguínea alta de NAME}, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado **alguna vez** a {usted/él/ella}...)

Reducir el consumo de sal o sodio en su dieta? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF1a_b3. [IF CONF1a_b=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1a_c]

Actualmente, ¿está {usted/NAME} siguiendo el consejo de reducir el consumo de sal o sodio en su dieta?

NOTA: IF RESPONSE IS “SOMETIMES” – CODE AS “YES”

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF1a_c. (Debido a {su presión sanguínea alta/ la presión sanguínea alta de NAME}, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado **alguna vez** a {usted/él/ella}...)

Hacer ejercicios? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF1a_c3. [IF CONF1a_c=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF1a_d]

Actualmente, ¿está {usted/NAME} siguiendo este consejo de hacer ejercicios?

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF1a_d. [IF INTAGE GE 21 CONTINUE, ELSE GO TO CONF2]

(Debido a su presión sanguínea alta, ¿algún médico u otro profesional de la salud le ha aconsejado **alguna vez ...**)

Reducir el consumo de alcohol? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF1a_d3. [IF CONF1a_d=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF2]
Actualmente, ¿está usted siguiendo el consejo de reducir el consumo de alcohol?

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF2. [IF CON10=1 AND CONF1=2 OR BLANK CONTINUE, ELSE GO TO CONF4]

¿Alguna vez le recetó un médico u otro profesional de la salud a {usted/NAME} algún medicamento para su presión sanguínea alta? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF2a. [IF CONF2=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF4]

¿Está tomando {usted/NAME} actualmente algún medicamento recetado por un médico u otro profesional de la salud para su presión sanguínea alta?

1=SÍ
2=NO

.....

CONF2b. [IF CONF2a=2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF3]

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

1=SÍ
2=NO

.....

CONF3. ¿Se chequea {usted/él/ella} su presión sanguínea en forma regular?

1=SÍ
2=NO

.....

CONF3a. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle a {usted/él/ella} cómo cuidar de su presión sanguínea alta. . .

Fue contactado(a) por {REFERENCE HEALTH CENTER} a través de una llamada telefónica, mensaje de correo electrónico o mensaje de texto?

1=SÍ
2=NO

.....

CONF3b. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo cuidar de {su presión sanguínea alta /la presión sanguínea alta de (usted/él/ella)}. . .)

Una cita con una enfermera de {REFERENCE HEALTH CENTER}?

1=SÍ
2=NO

.....

CONF3c. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo cuidar de {su presión sanguínea alta /la presión sanguínea alta de (usted/él/ella)}. . .)

Una visita del personal de {REFERENCE HEALTH CENTER}? Es decir, alguien vino a verlo(a) a usted.

1=SÍ
2=NO

.....
CONF3d. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo cuidar de {su presión sanguínea alta /la presión sanguínea alta de (usted/él/ella}. . .)

{REFERENCE HEALTH CENTER} lo(a) remitió a un especialista?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF3e. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido {usted/NAME} al hospital o a una sala de emergencias porque tenía presión sanguínea alta?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF3f. ¿Le ha dado un médico u otro profesional de la salud que {usted ve/NAME ve} para su presión sanguínea alta un plan para su propio cuidado en casa? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
3= NO

.....
CONF3h. [IF CONF3f=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF4] ¿Cuánta confianza tiene usted de poder controlar y cuidar {su presión sanguínea alta/la presión sanguínea alta de (él/ella)? ¿Tiene. . .?

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

CONF4. [IF CON11a=1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF5]

Anteriormente, mencionó que un médico u otro profesional de salud le había dicho a {usted/NAME} que tenía asma. Me gustaría hacerle unas preguntas más sobre eso.

1=CONTINUE
.....

CONF4a. En los últimos 12 meses, ¿ha sido {usted/NAME} hospitalizado(a) o ha ido a una sala de emergencias debido al asma?

1=SÍ
2=NO
.....

CONF4b. ¿Alguna vez ha usado {usted/NAME} un inhalador **recetado**?

1=SÍ
2=NO
.....

CONF4c. [IF CONF4b=1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF4d]

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 {usted/NAME} el tipo de inhalador recetado que {usted/él/ella} aspira por la boca, que da alivio inmediato a los síntomas del asma?

1=SÍ
2=NO
.....

CONF4d. ¿**Alguna vez** ha tomado {usted/NAME} 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.

1=SÍ
2=NO
.....

CONF4e. [IF CONF4d=1 CONTINUE, ELSE GO TO CONF4f]

¿**Actualmente** está {usted/NAME} tomando este medicamento que protege sus pulmones a diario o casi todos los días?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF4f. ¿**Alguna vez** ha tomado {usted/NAME} un curso o una clase sobre cómo controlar el asma por sí mismo(a)?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF4g. ¿**Alguna vez** un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a {usted/NAME} como...

Reconocer señales o síntomas iniciales de un ataque de asma?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF4h. (¿**Alguna vez** un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a {usted/NAME} como...)

Responder a ataques de asma?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF4i. (¿**Alguna vez** un médico u otro profesional de la salud le ha enseñado a {usted/NAME} como...)

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

- 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)}?

- 1=SÍ

2=NO

3=LE DIJERON QUE NO ERA NECESARIO HACER CAMBIOS

.....

CONF4k1. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/ el asma de (él/ella)}. . .

Se ha comunicado con usted {REFERENCE HEALTH CENTER} a través de una llamada telefónica, mensaje de correo electrónico o mensaje de texto?

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}?

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 {REFERENCE HEALTH CENTER} vino a verlo(a)?

1=SÍ

2=NO

.....

CONF4k4. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su asma/ el asma de (él/ella)}. . .)

{REFERENCE HEALTH CENTER} lo(a) remitió a un especialista?

1=SÍ

2=NO

.....

CONF4k5. ¿Algún médico u otro profesional de la salud que le da tratamiento a {usted /NAME} para el asma, le ha dado a {usted/él/ella} un plan para su propio cuidado en casa? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF4k7. [IF CONF4k5=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CONF5] ¿Cuánta confianza tiene {usted/NAME} de poder controlar y cuidar su asma? ¿Tiene {usted/él/ella}...?

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

.....

CONF5. [IF CON12=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON22]

Anteriormente, mencionó que {usted/NAME} tenía diabetes. Me gustaría hacerle unas preguntas más sobre eso. ¿Está {usted/NAME} usando insulina **actualmente**?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF5a.

Actualmente, ¿está {usted/NAME} tomando pastillas para la diabetes para reducir el nivel de azúcar en la sangre? A veces se llaman medicamentos orales o agentes orales hipoglicémicos.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF5b. ¿Con qué frecuencia {se chequea/le chequea a él/le chequea a ella} su 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.

_____ TIMES [ALLOW 0-9]

.....

CONF5b_UNIT. (¿Con qué frecuencia se chequea {usted/NAME} el nivel de glucosa o azúcar en la sangre?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1= POR DÍA
- 2= POR SEMANA
- 3= POR MES
- 4= POR 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 {usted/NAME} la prueba de hemoglobina glicosilada o prueba de 'A uno C' ?

NEVER=0

_____ VECES [ALLOW 0-9]

.....

CONF5d. La última vez que un médico u otro profesional de la salud {le chequeó su nivel de azúcar en la sangre/chequeó el nivel de azúcar en la sangre de (NAME)}, ¿le dijo que estaba demasiado alto, demasiado bajo o era adecuado?

- 1=DEMASIADO ALTO
- 2=DEMASIADO BAJO
- 3=ADECUADO

.....

CONF5e1. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su diabetes/ la diabetes de (él/ella)}. . .

Se ha comunicado con usted {REFERENCE HEALTH CENTER} a través de una llamada telefónica, mensaje de correo electrónico o mensaje de texto?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CONF5e2. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su diabetes/ la diabetes de (él/ella)}. . .)

Una cita con una enfermera de {REFERENCE HEALTH CENTER}?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF5e3. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su diabetes/ la diabetes de (él/ella)}. . .)

Una visita, es decir, alguien de {REFERENCE HEALTH CENTER} vino a {verlo(a)?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF5e4. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios para enseñarle cómo controlar {su diabetes/ la diabetes de (él/ella)}. . .)

{REFERENCE HEALTH CENTER} lo(a) remitió a un especialista?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF5e4a. Durante los **últimos 12 meses**, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿le ha hecho un examen de los ojos a {usted/NAME} un optometrista, un oftalmólogo, un médico de los ojos o alguien que receta lentes o anteojos?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF5e4b. Durante los **últimos 12 meses**, ¿le ha hecho un examen de los pies a {usted/NAME} un médico de los pies?

1=SÍ
2=NO

.....
CONF5e5. Durante los **últimos 12 meses**, ¿ha sido {usted/NAME} hospitalizado(a) o ha ido a una sala de emergencias debido a la diabetes?

1=SÍ
2=NO

.....

CONF5e6. ¿Algún médico u otro profesional de la salud que {usted/NAME} consulta debido a su diabetes le dio un plan para su cuidado en casa? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CONF5e8. [IF CONF5e6=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CON22] ¿Cuánta confianza tiene {usted/NAME} de poder controlar y cuidar su diabetes? ¿Tiene {usted/él/ella}...?

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

.....

CON22. [IF CON13b=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1]

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

- 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?

- 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?

- 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?

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?

1=SÍ
2=NO

.....
CON24. [If CON22a=1 OR CON22b=1 OR CON22c=1 OR CON22d=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON23a]

¿Alguna vez le dio ese consejo alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER}?

1=SÍ
2=NO

.....
CON23a. [IF CON22a=1CONTINUE, ELSE GO TO CON23b]

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

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

1=SÍ
2=NO

.....
CON23b. [IF CON22b=1 CONTINUE, ELSE GO TO CON23c]

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Controlar su peso o bajar de peso?

1=SÍ
2=NO

.....

CON23c. [IF CON22c=1CONTINUE, ELSE GO TO CON23d]

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Realizar más actividad física o hacer más ejercicios?

1=SÍ
2=NO

.....

CON23d. [IF CON22d=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1]

¿Está usted actualmente siguiendo ese consejo de. . .

Tomar medicamento recetado?

1=SÍ
2=NO

.....

MODULE F: CANCER SCREENING

CAN1. [IF INTAGE GE 18 AND INT3=2 OR CONTINUE]
[IF INTAGE LE 17 GO TO HEA1, ELSE IF INTAGE GE 18 AND INT3=1, DK, OR RE GO TO
CAN4]

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’? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

IF NEEDED: Una prueba de Papanicolau es un examen de rutina para las mujeres en el que un médico u otro profesional de la salud examina el cuello del útero, obtiene una muestra de las células con un hisopo largo de algodón y lo envía al laboratorio.

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
2= SÍ - {EN OTRO LUGAR)
3= NO

.....

CAN1a. [IF CAN1=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1b1]

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

- 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 Papanicolau o ‘Pap test’ en {REFERENCE HEALTH CENTER} o en algún otro lugar?

- 1=REFERENCE HEALTH CENTER
- 2= EN ALGÚN OTRO LUGAR

.....

CAN1b. ¿Cuál fue la razón principal por la que se hizo la prueba de Papanicolau o ‘Pap test’? ¿Fue parte de un examen de rutina, debido a un problema o por alguna otra razón?

- 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 o HPV (por sus siglas en inglés)?

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN1b2. [IF CAN1b1=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1c]

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

- 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 {REFERENCE HEALTH CENTER}?

1=SÍ
2=NO

.....
CAN1c. [IF CAN1a=1, 2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1c1]

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?

1=SÍ
2=NO

.....
CAN1c1. [IF CAN1a=4 OR 5 CONTINUE, ELSE GO TO CAN1d]

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?

1=SÍ
2=NO

.....
CAN1d. [IF CAN1c=1 OR CAN1c1=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN3]

¿Se hicieron arreglos para pruebas o tratamiento de seguimiento? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
3= NO

CAN1f. [IF CAN1d=3 CONTINUE, ELSE GO TO CAN2a]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

SHOWCARD CAN1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12= OTRA RAZÓN

.....

CAN1f1_OTH. [IF CAN1f1=12 CONTINUE, ELSE GO TO CAN2a]

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

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

CAN2a. ¿Alguna vez le sugirió alguien hacerse la prueba de Papanicolaou o ‘Pap test’? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

CAN3. [IF INTAGE GE 40 AND INT3=2 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4]

¿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.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN3a. [IF CAN3=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN3g]

¿Cuándo se hizo la mamografía más reciente?

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

.....

CAN3a1. ¿Le hicieron su mamografía más reciente en {REFERENCE HEALTH CENTER}?

- 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?

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

.....

CAN3c. [IF CAN3a=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4]

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**?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN3d. [IF CAN3c=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4]

¿Se hicieron arreglos para pruebas o tratamiento de seguimiento? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN3f. [IF CAN3d=3 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

SHOWCARD CAN1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12= OTRA RAZÓN

.....

CAN3f_OTH. [IF CAN3f=12 CONTINUE, ELSE GO TO CAN3g]

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

_____ [ALLOW 40]

.....
.....

CAN3g. [IF CAN3 NE DK, RE CONTINUE, ELSE GO TO CAN3H]

¿Cuál es la razón principal por la que {[IF CAN3=2 FILL:]} nunca le han hecho una mamografía?
[IF CAN3a=4 OR 5 FILL:] no le han hecho una mamografía en los últimos dos años)?

- 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

.....

CAN3g_OTH. [IF CAN3g=6 CONTINUE, ELSE GO TO CAN3h]

Por favor, especifique la razón principal por la que {[IF CAN3=2 FILL:]} nunca le han hecho una mamografía [IF CAN3a=4 OR 5 FILL:] no le han hecho una mamografía en los últimos dos años}

_____ [ALLOW 40]

.....

CAN3h. ¿Alguna vez le sugirió alguien que se haga una mamografía? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN4. [IF INTAGE GE 50 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5]

La colonoscopia y la sigmoidoscopia son exámenes en los que un médico u otro profesional de la salud 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) a casa. Para una sigmoidoscopia, el médico revisa solo una parte del colon y usted permanece despierto(a) todo el tiempo.

¿Le han hecho **alguna vez** una colonoscopia? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

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

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN4a. [IF CAN4=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4b]

¿Cuándo le hicieron la colonoscopia **más reciente**?

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

.....

CAN4b. [IF CAN4=1 or 2 OR CAN4a=4, 5, OR 6 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4c]

¿Cuál es la razón principal por la que {[IF CAN4=2 FILL:] nunca le han hecho una colonoscopia [IF CAN4a= 4, 5 OR 6 FILL:] no le han hecho una colonoscopia en una fecha más reciente}?

- 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. [IF CAN4b=5 CONTINUE, ELSE TO GO CAN4i]

Por favor especifique la razón principal por la que **{[IF CAN4=2 FILL:]}** nunca le han hecho una colonoscopia **[IF CAN4a= 4, 5 OR 6 FILL:]** no le han hecho una colonoscopia en una fecha más reciente}.

_____ **[ALLOW 40]**

.....

CAN4i. ¿Alguna vez le sugirió alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} hacerse una colonoscopia?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN4c. [IF CAN4=1 CONTINUE, ELSE TO GO CAN4g2]

¿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 una prueba anterior o un examen de detección, o por alguna otra razón?

- 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. [IF CAN4c=4 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4d]

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

_____ **[ALLOW 40]**

.....

CAN4d. Debido al resultado de este examen, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

- 1=SÍ
- 2=NO

CAN4e. [IF CAN4d=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g2]

¿Se hicieron arreglos para pruebas o tratamiento de seguimiento? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN4g. [IF CAN4e=3 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g2] Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

SHOWCARD CAN1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=OTRA RAZÓN

.....

CAN4g_OTH. [IF CAN4g=12 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g2]

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

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

CAN4g2. Recuerde que una sigmoidoscopia es similar a una colonoscopia, pero el médico u otro profesional de la salud solo revisa parte del colon y usted permanece despierto(a) totalmente. ¿Le han hecho **alguna vez** una sigmoidoscopia?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
CAN4g3. [IF CAN4g2=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g3a]

¿Cuándo le hicieron la sigmoidoscopia **más reciente**?

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

.....
CAN4g3a. [IF CAN4g2=2 OR CAN4g3=4, 5, OR 6 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g4]

¿Cuál es la razón principal por la que **{[IF CAN4g2=2 FILL:]** nunca le han hecho una sigmoidoscopia**[IF CAN4a= 4, 5 OR 6 FILL:]** no le han hecho una sigmoidoscopia en una fecha más reciente}?

- 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. [IF CAN4g3a=5 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g3b]

¿Cuál es la razón principal por la que **{[IF CAN4g2=2 FILL:]** nunca le han hecho una sigmoidoscopia**[IF CAN4a= 4, 5 OR 6 FILL:]** no le han hecho una sigmoidoscopia en una fecha más reciente}?

_____ **[ALLOW 40]**

CAN4g3b. ¿Alguna vez le sugirió alguien que deberían hacerle una sigmoidoscopia? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN4g4. [IF CAN4g2=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5]

¿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?

- 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

.....

CAN4g4_OTH. [IF CAN4g4=4 CONTINUE, ELSE GO TO CAN4g5]

¿Cuál es la razón principal por la que le hicieron esta sigmoidoscopia?

_____ [ALLOW 40]

.....

CAN4g5. Debido al resultado de esta prueba, ¿le dijeron que debía hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN4g6. [IF CAN4g5=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5]

¿Se hicieron arreglos para pruebas o tratamiento de seguimiento? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN4g8. [IF CAN4g6=3 CONTINUE, ELSE GO TO GO TO CAN5] Por favor mire esta tarjeta.
¿Cuál es la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

SHOWCARD CAN1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=OTRA RAZÓN

.....

CAN4g8_OTH. [IF CAN4g8=12 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5]

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

_____ **[ALLOW 40]**

.....

.....

[IF INTAGE GE 50 CONTINUE, ELSE GO TO HEA1]

CAN5. Las siguientes preguntas son acerca de la prueba de sangre en 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN5a. [IF CAN5=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5e2]

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

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

.....

CAN5a1. [IF CAN5a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5f]

¿Le proporcionó {REFERENCE HEALTH CENTER} el equipo para la recolección de la muestra?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN5b. Debido al resultado de esta prueba, ¿necesitó hacerse pruebas o un tratamiento de seguimiento?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

CAN5c. [IF CAN5b=1 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5f]

¿Se hicieron arreglos para pruebas o tratamiento de seguimiento? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

CAN5e. [IF CAN5c= 3 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5e2]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que no se hizo las pruebas o el tratamiento de seguimiento?

SHOWCARD CAN1

- 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=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=OTRA RAZÓN

.....

CAN5e_OTH. [IF CAN5e=12 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5e2]

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

_____ [ALLOW 40]

.....

.....
CAN5e2. [IF CAN5=2 OR CAN5a=6 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5f]

¿Cuál es 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)}?

- 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. [IF CAN5e2=5 CONTINUE, ELSE GO TO CAN5e3]

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.

_____ [ALLOW 40]

.....

CAN5f. ¿Alguna vez le sugirió alguien que deberían hacerle la prueba de sangre en las heces? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
 - 3= NO
-

MODULE G: HEALTH CENTER SERVICES

HEA1. Durante los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿cuántas veces ha visto a un médico u otro profesional de la salud acerca de {su salud/ la salud de NAME}, en un consultorio médico, una clínica o en algún otro lugar? No incluya las veces que {usted/NAME} fue hospitalizado(a) por una noche, atendido(a) en la sala de emergencias de un hospital, tuvo visitas médicas en el hogar, llamadas telefónicas o visitas de telesalud. 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

- 1= 1 A 2 VECES
- 2 = 3 A 4 VECES
- 3 = 5 A 7 VECES
- 4 = 8 A 10 VECES
- 5 = 11 O MÁS VECES
- 6 = NO HA VISTO A UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

HEA2. [IF HEA1=6 GO TO HEA2_TELE, ELSE CONTINUE]

¿En cuántas de esas ocasiones fue usted a {REFERENCE HEALTH CENTER}? No incluya las visitas de telesalud que pudo haber tenido en {REFERENCE HEALTH CENTER}.

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

- 1= 1 A 2 VECES
- 2 = 3 A 4 VECES
- 3 = 5 A 7 VECES
- 4 = 8 A 10 VECES
- 5 = 11 O MÁS VECES
- 6 = NO HA VISTO A UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD EN {REFERENCE HEALTH CENTER} EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

HEA2_TELE. Durante los el, es decir desde **últimos 12 meses** {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿cuántas veces ha recibido {usted/NAME} servicios de atención médica a través de comunicaciones de audio o video (como por teléfono o por computadora), también conocido como telesalud, con un profesional de atención médica del { center}?health reference

- 1 = 1 A 2 VECES
- 2 = 3 A 4 VECES
- 3 = 5 A 7 VECES
- 4 = 8 A 10 VECES
- 5 = 11 O MÁS VECES
- 6 = NO H RECIBIDO SERVICIOS DE TELESALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESESA

HEA2a. [IF (HEA1=6 OR HEA2=6) AND HEA2_TELE=6 GOTO HEA4, ELSE CONTINUE]

En los **últimos 12 meses**, ¿algún profesional médico en {REFERENCE HEALTH CENTER} pensó que {usted/NAME} debía ir a otro lugar para ver a un médico diferente, tal como un especialista, debido a algún problema de salud específico?

1=SÍ
2=NO

.....
HEA2b. [IF HEA2a=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA4]

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 {usted/NAME} a ver a ese médico?

1=SÍ
2=NO

.....
HEA2d. [IF HEA2b=2 CONTINUE, ELSE GO TO HEA4]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} no fue a ver a ese médico?

SHOWCARD HEA1

- 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=NO TIENE SEGURO MÉDICO
- 12=MEDICAID NO CUBRÍA LA ATENCIÓN MÉDICA
- 13=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 14=OTRA RAZÓN

.....
HEA2d_OTH. [IF HEA2d=14 CONTINUE, ELSE GO TO HEA4]

Por favor describa las otras razones por las que {usted/NAME} no fue a ver a ese médico?

_____ [ALLOW 40]

.....
.....

HEA4. Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cómo se enteró de que {usted/NAME} podía recibir atención en {REFERENCE HEALTH CENTER}?

IF R SELECTS MORE THAN ONE: Por favor, seleccione la razón PRINCIPAL.

SHOWCARD HEA2

- 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 MÉDICO 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. [IF HEA4=11 CONTINUE, ELSE GO TO HEA5a]

Por favor describa cómo se enteró que {usted/NAME} podía recibir atención aquí.

_____ [ALLOW 40]

.....

HEA5a. Por favor, mire esta tarjeta. ¿A qué lugar o lugares va normalmente cuando {usted/NAME} se enferma o necesita consejo sobre su salud?

SHOWCARD HEA3-a

YOU MAY SELECT ONE OR MORE LOCATIONS

- 1= ESTE CENTRO MÉDICO

- 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=UNA INSTALACIÓN OPERADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS
- 8=OTRO
- 9=NO VA A UN LUGAR NORMALMENTE

.....

HEA5a_OTH. [IF HEA5a=8 CONTINUE, ELSE GO TO HEA5b]

Por favor especifique, ¿qué tipo de lugar es?

_____ [ALLOW 40]

.....

HEA5b. [IF HEA5a=8 GO TO HEA6]

[IF HEA5a=1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8]: ¿Es este el mismo lugar al que va normalmente cuando {usted/NAME} necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico {[IF INTAGE LE 12 ADD]} o chequeo médico infantil?}

[IF HEA5a=MORE THAN ONE RESPONSE]: ¿Son esos los mismos lugares a los que va normalmente cuando {usted/NAME} necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico {[IF INTAGE LE 12 ADD:]} o chequeo médico infantil?}

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA5c. [IF HEA5b=2 CONTINUE, ELSE GO TO HEA6]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿A qué tipo de {lugar/IF MORE THAN ONE RESPONSE TO HEA5a lugares} va normalmente cuando {usted/NAME} necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o un chequeo? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD HEA3-a

PUEDE SELECCIONAR UNO O MÁS LUGARES

- 1= ESTE CENTRO MÉDICO
- 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=UNA INSTALACIÓN OPERADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS
- 8=OTRO
- 9=NO VA A UN LUGAR NORMALMENTE

.....

HEA5c_OTH. [IF HEA5c=8 CONTINUE, ELSE GO TO HEA6]

Por favor especifique qué otro tipo de {lugar/IF MORE THAN ONE RESPONSE TO HEA5c USE lugares} va normalmente cuando {usted/NAME} necesita atención rutinaria o preventiva, tal como un examen físico o un chequeo.

_____ [ALLOW 40]

.....

HEA6. [IF INT4=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7a]

Cuando {usted/NAME} va a {REFERENCE HEALTH CENTER}, ¿en qué idioma le habla el médico u otro profesional de salud?

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

.....

HEA6_OTH. [IF HEA6=10 CONTINUE, ELSE GO TO HEA6a]

¿En qué idioma le habla el médico u otro profesional de salud a {usted/NAME}?

_____ [ALLOW 40]

.....
HEA6a. Durante su última visita a {REFERENCE HEALTH CENTER}, ¿necesitó que alguien le ayudara a entender al médico?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

HEA6b. [IF HEA6a=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7a]

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

IF R RESPONDS “MI HIJO(A),” PROBE TO SEE IF CHILD IS UNDER AGE 18. IF AGE 18 OR MORE, CODE AS “ADULT FAMILY MEMBER.”

- 1= UN MENOR DE EDAD (DE MENOS DE 18 AÑOS)
 - 2= UN ADULTO DE LA FAMILIA O UNA AMISTAD
 - 3= UN EMPLEADO NO MÉDICO DEL CONSULTORIO
 - 4= EL PERSONAL MÉDICO INCLUYENDO ENFEREMERAS/DOCTORES
 - 5= UN INTÉRPRETE PROFESIONAL (EN PERSONA O POR TELÉFONO)
 - 6= OTRO (PACIENTES, ALGUIEN MÁS)
 - 7= NO TUVO QUIEN LE AYUDARA
-

HEA6c. [IF HEA6b=5 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7a]

¿Esta persona le ayudó en persona o por teléfono?

- 1=EN PERSONA
 - 2=POR TELÉFONO
-

HEA6d. ¿Qué tan difícil fue para usted encontrar a alguien que le ayudara a entender al médico?

- 1= Muy difícil
 - 2= Algo difícil
 - 3= No muy difícil
 - 4= Nada difícil
-

HEA7a. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le ayudó...

A coordinar citas médicas u otros servicios médicos en otro lugar que no fuera {REFERENCE HEALTH CENTER}?

1=SÍ
2=NO
3=N/A - NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7b. [IF INTAGE 0-12 OR 18-110 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7e_a]

¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le ayudó...

¿A solicitar beneficios del gobierno que {usted/NAME} necesitaba, tales como Medicaid, cupones para alimentos, Seguro Social, obtener beneficios sociales o “welfare”, beneficios públicos o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

1=SÍ
2=NO
3=N/A - NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7c. (¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} {le ayudóNAME}...)

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 de {usted/NAME}?

1=SÍ
2=NO
3=N/A - NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

HEA7d. (¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} {le ayudó...})

Con las necesidades básicas como:

- [IF INTAGE GE 18:] a. encontrar un lugar donde vivir?
- [IF INTAGE GE 18:] b. conseguir un trabajo o consejería de empleos?
- [IF INTAGE GE 18:] c. servicios de cuidado de niños?
- [IF INTAGE GE 18:] d. ayudarle a conseguir alimentos?
- e. ayudarle a conseguir ropa o zapatos para {usted/NAME}?
- f. ayudarle a obtener medicamentos gratis para {usted/NAME}?

1=SÍ
2=NO
3=N/A - NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

.....
HEA7e_a. [IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7e_b]

(¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le proporcionó...)

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

- 1=SÍ
 - 2=NO
 - 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO
-

HEA7e_b. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO HEA7e_c]

¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le proporcionó alguna consejería de apoyo, tal como consejería familiar, asesoría de violencia doméstica o de abuso de sustancias?

- 1=SÍ
 - 2=NO
 - 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO
-

HEA7e_c. [IF INT4b=2, 3, 4, DK OR RE CONTINUE, ELSE GO TO HEA7e_d]

¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le proporcionó un traductor o intérprete para ayudarle a comunicarse con el médico u otro profesional de la salud de {usted/NAME}? Esta persona pudo estar en la clínica o por teléfono.

- 1=SÍ
 - 2=NO
 - 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO
-

HEA7e_d. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le visitó a {usted/NAME} en su hogar para hablar sobre las necesidades de atención médica o sobre otras necesidades?

- 1=SÍ
 - 2=NO
 - 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO
-

HEA7e_e. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le ofreció a {usted/NAME} servicios gratis fuera del centro médico, como en una feria de salud? Esto puede ser vacunas contra la gripe/la influenza o detección de la presión arterial u otros servicios.

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO

.....
HEA7e_f. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le habló sobre cómo arreglar su casa para que {usted/NAME} pueda moverse en forma segura?

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTE SERVICIO

.....
HEA7f. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le {ayudó a {usted/NAME}} con otros tipos de problemas?

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=N/A - NO HA NECESITADO ESTOS SERVICIOS

.....
HEA8. [IF HEA7f=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA9]

Por favor especifique, ¿qué tipo de ayuda recibió {usted/NAME} para afrontar estos otros tipos de problemas?

_____ [ALLOW 80]

.....
HEA9.

IF INTAGE GE 13: ¿Cómo va usted normalmente a {REFERENCE HEALTH CENTER}?
ELSE IF INTAGE LE 12: ¿Cómo lleva usted normalmente a {NAME} al centro médico?

- 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 MÉDICO (O DE OTRO SERVICIO DE TRANSPORTE QUE PROVEE LA AGENCIA)
- 7=OTRO

.....
HEA9a. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO HEA20]

¿A cuántas millas de distancia vive usted del {REFERENCE HEALTH CENTER}?

_____ MILES [ALLOW 3 DIGITS]
.....

HEA10. ¿Cómo cuánto tiempo le toma llegar hasta allí por lo general?

_____ MINUTES [ALLOW 00-59]

_____ HOURS [ALLOW 0-9]
.....

HEA12. ¿Desde hace cuánto tiempo ha estado yendo a {REFERENCE HEALTH CENTER}?

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= POR LO MENOS 5 AÑOS PERO MENOS DE 10 AÑOS

6= 10 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 el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿cuántas veces fue a este centro médico para obtener atención médica para usted mismo(a)?

0=NINGUNA VEZ

1=1 VEZ

2=2

3=3

4=4

5=5 A 9 VECES

6=10 VECES O MÁS
.....

HEA14. Por favor, mantenga esta tarjeta ya que puede necesitarla como referencia para las siguientes preguntas.

SHOWCARD HEA3-b

En los **últimos 12 meses**, ¿se comunicó con este centro médico para obtener una cita debido a una enfermedad, lesión o afección que **necesitaba atención inmediata**?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA15. [IF HEA14=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA17]

SHOWCARD HEA3-b
(En los **últimos 12 meses...**)

Cuando se comunicó con 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?

- 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA18. [IF HEA17=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA22]

SHOWCARD HEA3-b
(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? ¿Diría que...?

- 1= Nunca

- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

HEA22.
(En los **últimos 12 meses...**)

¿Se comunicó con este centro médico para hacer una pregunta médica durante el horario normal de trabajo?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA23. [IF HEA22=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA24]

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

Cuando se comunicó con este centro médico durante el horario normal de trabajo, ¿con qué frecuencia obtuvo respuesta a su pregunta médica el mismo día? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

HEA24.
(En los **últimos 12 meses...**)

¿Se comunicó con este centro médico para hacer una pregunta médica **después** del horario normal de trabajo?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA25. [IF HEA24=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA26]

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

Cuando se comunicó con este centro médico **después** del horario normal de trabajo, ¿con qué frecuencia obtuvo respuesta a su pregunta médica cuando la necesitaba? ¿Diría que...?

- 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HEA27.

SHOWCARD HEA3-b

El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y dentro del cuarto de examen. 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? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

HEA28.

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico le explicó las cosas en una forma fácil de entender? ¿Diría que...?

- 1= Nunca

- 2=A veces
 - 3=Usualmente
 - 4=Siempre
-

HEA29.

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico le escuchó con atención? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
 - 2=A veces
 - 3=Usualmente
 - 4=Siempre
-

HEA30.

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Habló usted con un médico u otro profesional de la salud en este centro médico acerca de sus preguntas o preocupaciones sobre su salud?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

HEA31. [IF HEA30=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA32]

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico le dio información que fuera fácil de entender acerca de estas preguntas o preocupaciones sobre su salud? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente

4=Siempre

.....

HEA32.

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico parecía saber los datos importantes sobre sus antecedentes médicos? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

HEA33.

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico le mostró respeto sobre lo que usted decía? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

HEA34.

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses ...**)

¿Con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud en este centro médico le dedicó el tiempo suficiente? ¿Diría que...?

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente

4=Siempre

.....
HEA35.

(En los **últimos 12 meses ...**)

¿Ordenó un médico u otro profesional de la salud en este centro médico que le hicieran análisis de sangre, radiografías u otro tipo de pruebas?

1=SÍ
2=NO

.....
HEA36. [IF HEA35=1 CONTINUE, ELSE GO TO HEA41]

SHOWCARD HEA3-b

(En los **últimos 12 meses ...**)

Cuando un médico u otro profesional de la salud en este centro médico 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? ¿Diría que...?

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 al médico u otro profesional de la salud en este centro médico?

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

.....
HEA41a. ¿Recomendaría usted {REFERENCE HEALTH CENTER} a su familia y amistades?
¿Diría que definitivamente sí, sí algo o no?

- 1=SÍ - DEFINITIVAMENTE
- 2=SÍ - ALGO
- 3=NO

.....
HEA51.

SHOWCARD HEA3-b

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

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....
HEA52.

SHOWCARD HEA3-b

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

- 1= Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....
HEA20. Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} va a {REFERENCE HEALTH CENTER} para su atención médica en lugar de ir a otro lugar?

SHOWCARD HEA4

- 1= UBICACIÓN CONVENIENTE
- 2= HORARIO DE ATENCIÓN CONVENIENTE
- 3= COBRAN TARIFAS RAZONABLES

4= PUEDE SER ATENDIDO(A) 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 {usted/NAME} va a {REFERENCE HEALTH CENTER} para su atención médica, en lugar de ir a otro lugar.

_____ **[ALLOW 80]**

.....
HEA57. Por favor, mire esta tarjeta. Muchos proveedores de la salud usan tecnologías de la información para comunicarse y proporcionar atención médica a sus pacientes.

SHOWCARD HEA5

¿Alguna vez ha usado alguno de los servicios que se muestran en esta tarjeta, si fueron proporcionados por {REFERENCE HEALTH CENTER}? Puede seleccionar todas las opciones que correspondan.

PLEASE SELECT ALL THAT APPLY

1= LE LLAMARON PARA HACERLE RECORDAR SU CITA O LA CITA DE ÉL/ELLA

2=ENVÍO DE RECORDATORIOS DE LAS CITAS O SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS RECETADOS A TRAVÉS DE MENSAJES ELECTRÓNICOS O DE TEXTO

3= PROPORCIONAN UN SITIO WEB QUE LE PERMITE ADMINISTRAR SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA, TALES COMO HACER CITAS Y REVISAR LOS RESULTADOS DE SUS PRUEBAS.

4= PROPORCIONAN UNA APLICACIÓN MÓVIL QUE LE PERMITE ADMINISTRAR SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA, TALES COMO HACER CITAS Y REVISAR LOS RESULTADOS DE SUS PRUEBAS.

5= USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIALES PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE SERVICIOS Y CONSEJOS DE ATENCIÓN MÉDICA

6= OTRA FORMA DE COMUNICACIÓN [NO INCLUYA LLAMADAS TELEFÓNICAS, COMUNICACIÓN EN PERSONA O POR CORREO POSTAL]

7={REFERENCE HEALTH CENTER} NO PROPORCIONA NINGUNO DE ESTOS SERVICIOS

.....

HEA57_OTH. [IF HEA57=6 CONTINUE, ELSE GO TO INS2] Por favor, especifique la otra manera en que {REFERENCE HEALTH CENTER} se comunica con usted.

_____ [ALLOW 80]

.....

MODULE H: HEALTH INSURANCE

INS2.

[IF INT_TEENPAR=1: Las primeras pocas preguntas son sobre la cobertura de seguro médico de {usted/NAME} 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.]

[IF INT_TEENPAR=2: Las siguientes preguntas son sobre la cobertura de seguro médico que {usted/NAME} 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.]

INS2. ¿Tiene {usted/NAME} 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. 1=SÍ 2=NO	
INS4. Medicare es un programa de	

<p>seguro médico para personas de 65 años de edad o más y para personas con ciertas discapacidades. ¿Tiene {usted/NAME} cobertura de Medicare?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>	
<p>INS5. {FILL STATE} tiene varios programas que ayudan a personas de ingresos bajos y moderados a que obtengan cobertura médica. Esto incluye {MEDICAID PROGRAM NAME} y {SCHIP PROGRAM NAME}. Puede ser que usted conozca {MEDICAID PROGRAM NAME} con otros nombres, tales como Medicaid u otros nombres. Puede ser que usted conozca {SCHIP PROGRAM NAME} como CHIP. ¿Tiene {usted/NAME} cobertura de {MEDICAID PROGRAM NAME} o {SCHIP PROGRAM NAME}?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>	
<p>INS6. ¿Tiene {usted/NAME} cobertura de un plan de seguro médico de {STATE HIE PLAN NAME} que fue comprado a través de {STATE/FEDERAL AGENCY}?</p> <p>SI ES NECESARIO: {STATE/FEDERAL AGENCY} 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.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>	

<p>INS7. ¿Tiene {usted/NAME} 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?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>	
<p>INS8. ¿Tiene {usted/NAME} 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.</p> <p>1=SÍ 2=NO</p> <p>[IF INS8=1 GOTO INS10_OTH]</p>	
<p>INS9. [IF INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 AND INS8 = 2, DK, OR RE CONTINUE, ELSE GO TO INS11]</p> <p>De acuerdo a la información que ha proporcionado, {usted/NAME} no tiene seguro médico actualmente. ¿Es eso correcto?</p> <p>1=SÍ 2=NO</p>	
<p>INS10. [IF INS9 = 2 CONTINUE, ELSE GO TO INS11]</p> <p>¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene {usted/NAME}? CODE ONE OR MORE</p> <p>1=Seguro a través del empleador o</p>	<p>INS10_OTH. [IF INS8=1 OR INS10=7 CONTINUE, ELSE GO TO INS11]</p> <p>Por favor, especifique el otro tipo de cobertura que tiene {usted/NAME}.</p> <p>_____ [ALLOW 40]</p>

<p>sindicato/unión 2 =Seguro a través de {STATE HIE PLAN NAME} de {STATE/FEDERAL AGENCY} 3=Seguro que compró directamente de una compañía o agente de seguros 4=Medicare 5={MEDICAID PROGRAM NAME}, Medicaid, {SCHIP PROGRAM NAME}, 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</p>	
--	--

.....
INS11. [IF INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8=1 OR INS9=2 CONTINUE, ELSE GO TO INS14]

Durante los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿tuvo {usted/NAME} seguro médico **todo** el tiempo, o en algún momento durante ese año que {usted/NAME} que **no tuvo** ninguna cobertura de seguro médico?

- 1=TUVO SEGURO MÉDICO TODO EL TIEMPO
 - 2=ESTUVO UNA TEMPORADA SIN SEGURO
-

.....
INS13. [IF INS11=2 CONTINUE, ELSE GO TO INS3a] Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál fue la razón **principal** por la que {usted/NAME} no tuvo cobertura de seguro médico en ese periodo de tiempo?

[ALLOW ONLY ONE RESPONSE]

SHOWCARD INS1

- 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= REUNIÓ LOS REQUISITOS PARA OTRA COBERTURA
- 10= DEJÓ DE REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA
- 11=OTRA RAZÓN

.....

INS13_OTH. [IF INS13=11 CONTINUE, ELSE GO TO INS14]

Por favor, especifique la otra razón por la que {usted/NAME} no tuvo cobertura de seguro médico.

_____ [ALLOW 40]

.....

INS14. [IF INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 AND INS8 = 2, DK, OR RE AND INS9 = 1 CONTINUE, ELSE GO TO INS15]

Por favor mire esta tarjeta. La última vez que {usted/NAME} tuvo cobertura de seguro médico, ¿qué tipo de cobertura de seguro médico tuvo {usted/NAME}?

SHOWCARD INS2

- 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 TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA MILITAR
- 7=ALGÚN OTRO TIPO DE COBERTURA
- 8=NUNCA HA TENIDO COBERTURA

[IF INS14=8, DK, RE GOTO INS25a]

.....
INS14_OTH. [IF INS14=7 CONTINUE, ELSE GO TO INS15]

Por favor, especifique el otro tipo de cobertura que tuvo {usted/NAME} la última vez.

_____ [ALLOW 40]
.....

INS15. [IF INS14=1, 2, 3, 4, 5, 6, OR 7 CONTINUE, ELSE GO TO INS3a]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón **principal** por la que {usted/NAME} ya no tiene esa cobertura de seguro médico?

[ALLOW ONLY ONE RESPONSE]

SHOWCARD INS1

- 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= REUNIÓ LOS REQUISITOS PARA OTRA COBERTURA
- 10= DEJÓ DE REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA
- 11=OTRA RAZÓN

.....
INS15_OTH. [IF INS15=11 CONTINUE, ELSE GO TO INS3a]

Por favor especifique cuál fue la otra razón por la que {usted/NAME} no tuvo cobertura de seguro médico.

_____ [ALLOW 40]
.....

INS3a. {IF ONLY ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Paga este plan OR ONLY ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagó este plan/ IF MORE THAN ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2

¿Pagan algunos de estos planes OR MORE THAN ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagaron alguno de estos planes} de seguro parte del costo de los medicamentos que le recetó un médico?

1=SÍ
2=NO

.....
.....

INS3b. {IF ONLY ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Paga este plan OR ONLY ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagó este plan/ IF MORE THAN ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Pagan algunos de estos planes OR MORE THAN ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagaron alguno de estos planes} de seguro parte del costo de cuidado dental?

1=SÍ
2=NO

.....

INS3c. {IF ONLY ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Paga este plan OR ONLY ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagó este plan/ IF MORE THAN ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Pagan algunos de estos planes OR MORE THAN ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagaron alguno de estos planes} de seguro parte del costo del cuidado de los ojos?

1=SÍ
2=NO

.....

INS3d. {IF ONLY ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Paga este plan OR ONLY ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagó este plan/ IF MORE THAN ONE OF THE FOLLOWING (INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8 = 1 OR INS9 = 2 ¿Pagan algunos de estos planes OR MORE THAN ONE RESPONSE (1-7) IN INS14: ¿Pagaron alguno de estos planes} de seguro parte del costo de la atención de salud mental?

1=SÍ
2=NO

.....

INS19. [IF INS2, INS4, INS5, INS6, INS7 OR INS8=1 OR INS9=2 CONTINUE, ELSE GO TO INS25a]

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 de salud médica de {usted/NAME} un deducible anual para la atención médica? Un deducible es la

cantidad que {usted/NAME} 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 sus cuentas médicas.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

INS21. [IF INS19=1 CONTINUE, ELSE GO TO INS22]

¿Cuánto hay que pagar de deducible anual por persona en la cobertura médica actual de {usted/NAME}?

¿Diría que es...?

- 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 {su seguro médico/el seguro médico de NAME}? Esto incluye dinero que se deduce de su cheque de pago así como dinero que usted paga directamente a una compañía de seguros.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

INS23. [IF INS22 = 1 CONTINUE, ELSE GO TO INS25a]

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

SI ES NECESARIO: Esta es la prima que paga por todo el plan, aunque incluya a otros miembros de la familia

SI ES NECESARIO: Su mejor cálculo es suficiente.

_____ MONTHLY [ALLOW \$1 to \$20,000]
.....

INS24. [IF INS23 = DK OR RE CONTINUE, ELSE GO TO INS25a]

¿Diría que es...?

- 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 {12 MONTH REFERENCE DATE}. "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 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?

SI ES NECESARIO: La prima es el precio que usted paga por la póliza de seguro.

SI ES NECESARIO: Su mejor cálculo es suficiente.

\$ _____ [ALLOW \$0-\$9,999]
.....

INS25b. (¿Cuánto gastaron usted y su familia "de su propio bolsillo" en los **últimos 12 meses**, por. . .)

Cuidado dental y de la vista?

\$ _____ [ALLOW \$0-\$9,999]
.....

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?

\$_____ [ALLOW \$0-\$9,999]

MODULE I: PRESCRIPTION MEDICATION

PRS1. [IF INT_TEENPAR=1 GO TO INC1a, ELSE CONTINUE]

Las siguientes preguntas son sobre medicamentos recetados.

En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿usted o un médico pensaron que {usted/NAME} necesitaba medicamentos recetados?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS2. [IF PRS1=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRS5]

En los **últimos 12 meses**, ¿no pudo {usted/NAME} obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS2a [IF PRS2=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRS3]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **no pudo** obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

SHOWCARD PRS1

- 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=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
- 6=NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA
- 7=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE EL MEDICAMENTO
- 8= NO TENÍA UN LUGAR SEGURO O ADECUADO PARA GUARDAR EL MEDICAMENTO
- 9= DESCONOCÍA LOS SERVICIOS DE PEDIDOS DE RECETAS POR CORREO
- 10=LOS SERVICIOS DE PEDIDOS DE RECETAS POR CORREO NO ESTABAN DISPONIBLES
- 11=NO SE PUDO OBTENER LA AUTORIZACIÓN DEL DOCTOR PARA OBTENER O RESURTIR LA RECETA
- 12= LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO REEMBOLSA LOS SERVICIOS DE PEDIDOS O ENTREGAS DE RECETAS POR CORREO
- 13=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=NO PUDE HACER QUE ME SURTAN LAS RECETAS DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 15=OTRA RAZÓN

.....

PRS2a_OTH. [IF PRS2a=15 CONTINUE, ELSE GO TO PRS3]

¿Cuál fue la otra razón por la que {usted/NAME} **no pudo** obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

PRS3. En los **últimos 12 meses**, ¿se **tardó** {usted/NAME} en obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

1=SÍ
2=NO

.....
PRS3a. [IF PRS3= 1 CONTINUE, ELSE GO TO PRS5]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

SHOWCARD PRS1

- 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=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS
- 6=NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA
- 7=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE EL MEDICAMENTO
- 8= NO TENÍA UN LUGAR SEGURO O ADECUADO PARA GUARDAR EL MEDICAMENTO
- 9=9= DESCONOCÍA LOS SERVICIOS DE PEDIDOS DE RECETAS POR CORREO
- 10=LOS SERVICIOS DE PEDIDOS DE RECETAS POR CORREO NO ESTABAN DISPONIBLES
- 11=NO SE PUDO OBTENER LA AUTORIZACIÓN DEL DOCTOR PARA OBTENER O RESURTIR LA RECETA
- 12= LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO REEMBOLSA LOS SERVICIOS DE PEDIDOS O ENTREGAS DE RECETAS POR CORREO
- 13=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=NO PUDE HACER QUE ME SURTAN LAS RECETAS DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 15=OTRA RAZÓN

.....
PRS3a_OTH. [IF PRS3a=15 CONTINUE, ELSE GO TO PRS5]

¿Cuál fue la otra razón por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener los medicamentos recetados que usted o un médico pensaron que necesitaba?

_____ [ALLOW 40]

PRS5. ¿Toma {usted/NAME} algún medicamento recetado en forma regular o de manera continua?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS5a [IF PRS5=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRS7a]

¿Le habló un médico u otro profesional de la salud de {REFERENCE HEALTH CENTER} sobre todos los medicamentos recetados y de venta libre que estaba tomando?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS6.

¿Dónde obtiene {usted/NAME} normalmente sus medicamentos recetados? ¿Usted. . .?

- 1=los obtiene en {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2=obtiene algunos de ellos en {REFERENCE HEALTH CENTER} y algunos de ellos en otro lugar
- 3=los obtiene en un lugar que no es {REFERENCE HEALTH CENTER}

.....

PRS6a. [IF PRS6=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO PRS7]

¿Me puede decir dónde obtiene {usted/NAME} normalmente sus medicamentos recetados aparte de {REFERENCE HEALTH CENTER}?

- 1=FARMACIA DENTRO DE UNA TIENDA
- 2=FARMACIA INDEPENDIENTE QUE NO ES PARTE DE UNA TIENDA
- 3=CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO MÉDICO
- 4=FARMACIA QUE SURTE MEDICAMENTOS POR CORREO
- 5= OTRO

.....

PRS7. ¿Cómo cuántos medicamentos recetados distintos toma generalmente {usted/NAME} en un mes?

- 1= 1 A 2
- 2 = 3 A 4
- 3 = 5 A 7

4 = 8 A 10
5 = 11 O MÁS

.....
PRS7a. Durante los últimos 30 días, ¿sintió {usted/NAME} dolor físico que interfirió con las actividades normales, tales como cuidado propio, trabajo o recreación?

1 = Sí
2 = NO

.....
PRS7b. [IF PRS7a = 1 CONTINUE, ELSE GO TO PRS8]

Durante los últimos 30 días, ¿cómo cuántos días el dolor hizo difícil que {usted/NAME} realizara sus actividades regulares?

_____ # OF DAYS [ALLOW 0-30]

.....
PRS7c. Durante los últimos 30 días, ¿necesitó {usted/NAME} medicamento para el dolor?

1 = SÍ
2 = NO

.....
PRS7d. ¿Está {su dolor/el dolor de NAME} bajo control actualmente? ¿Diría que...?

1 = Sí, con medicamento o tratamiento
2 = Sí, sin medicamento o tratamiento
3 = No, con medicamento o tratamiento
4 = No, sin medicamento o tratamiento

.....
PRS7e. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia estaba {su dolor/el dolor de NAME} bien controlado? ¿Diría que nunca, a veces, usualmente o siempre?

1 = NUNCA
2 = A VECES
3 = USUALMENTE
4 = SIEMPRE

PRS8. [IF PRS6=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO PRS10]

Piense en la última vez que alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le recetó un medicamento a {usted/NAME}. ¿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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS9. ¿Estuvo satisfecho(a) con la manera en que le contestaron sus preguntas acerca de los medicamentos?

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=NO TUVO PREGUNTAS

.....

PRS10. [IF INTAGE=18 OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO DENPRE]

Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?

...Se saltó dosis de medicamentos para ahorrar dinero.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS11. Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?

...Tomó una dosis menor de medicamentos para ahorrar dinero.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRS12. (Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?)

...Retrasó surtir medicamentos con receta médica para ahorrar dinero.

- 1=SÍ

2=NO

.....
PRS13. (Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?)

...Le pidió a su médico que le recetara un medicamento de menos costo para ahorrar dinero.

1=SÍ
2=NO

.....
PRS14. (Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?)

...Compró los medicamentos recetados en otro país para ahorrar dinero.

1=SÍ
2=NO

.....
PRS15. (Durante los **últimos 12 meses**, ¿fueron algunas de las siguientes situaciones ciertas para usted?)

...Utilizó terapias alternativas para ahorrar dinero.

1=SÍ
2=NO

MODULE J: DENTAL

DENPRE. [IF INTAGE GE 1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN1]
[IF INTAGE=LE2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN1]

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

1=SÍ
2=NO

.....
DEN1. [IF DENPRE=1 OR INTAGE GE 2 CONTINUE, ELSE GO TO MEN1]

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado dental.

En los **últimos 12 meses**, es decir, desde {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿usted o un dentista pensaron que {usted/NAME} necesitaba algún tipo de cuidado, exámenes o tratamientos dentales?

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN2. [IF DEN1=1 CONTINUE, ELSE GO TO DEN10]

En los **últimos 12 meses**, ¿{usted/NAME} **no pudo** recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales cuando usted o un dentista pensaban que eran necesarios?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN3. [IF DEN2=1 CONTINUE, ELSE GO TO DEN6]

¿Qué tipo de cuidado, examen o tratamiento dental necesitaba {usted/NAME} pero no lo recibió?
Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD DEN2

SELECT ALL THAT APPLY

- 1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (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, DENTADURA POSTIZA, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS 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
- 13=OTRO

.....

DEN4. Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **no pudo** recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios?

SHOWCARD DEN1

- 1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR 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=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 5=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 6=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 7=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 8=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL
- 9=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE AFECCIÓN DENTAL
- 10=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 11=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 12=OTRA RAZÓN

.....

DEN4_OTH. [IF DEN4=12 CONTINUE, ELSE GO TO DEN6]

Por favor, especifique la otra razón por la que {usted/NAME} **no pudo** recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios.

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

DEN6. En los **últimos 12 meses**, ¿se tardó {usted/NAME} en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios?

- 1=SÍ–No relacionado con el coronavirus o COVID-19
 - 2=SÍ–Relacionado con el coronavirus o COVID-19
 - 3=NO
-

DEN7. [IF DEN6=1 or 2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN10]

¿Qué tipo de cuidado, examen o tratamiento dental **se tardó** en recibir {usted/NAME}? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD DEN2

PLEASE SELECT ALL THAT APPLY

- 1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (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=PUNTES, DENTADURA POSTIZA, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS 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
- 13=OTRO

.....

DEN8. Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **se tardó** en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios?

SHOWCARD DEN1

- 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=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 5=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER CUIDADO DENTAL
- 6=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 7=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 8=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL
- 9=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE AFECCIÓN DENTAL
- 10= PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 11=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 12=OTRA RAZÓN

.....
DEN8_OTH. [IF DEN8=12 CONTINUE, ELSE GO TO DEN10]

Por favor, especifique las otras razones por las que {usted/NAME} **se tardó** en recibir el cuidado, los exámenes o los tratamientos dentales que usted o un dentista pensaban que eran necesarios.

_____ [ALLOW 40]
.....
.....

DEN10. ¿Cómo cuánto tiempo hace desde la última vez que {usted/NAME} 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.

- 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. [IF INTAGE=18 OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO DEN10e]

¿Alguna vez le han hecho 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?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DEN10c. ¿Alguna vez le han hecho un examen de cáncer oral en el que un doctor o un dentista toca su cuello?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DEN10d. [IF DEN10b=1 OR DEN10c=1 CONTINUE, ELSE GO TO DEN10e]

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

- 1=DURANTE EL AÑO PASADO
- 2=ENTRE 1 A 3 AÑOS
- 3=HACE MÁS DE 3 AÑOS

.....

DEN10e. [IF DEN10=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN13a]

En los **últimos 12 meses**, ¿qué le hicieron a {usted/NAME} en el dentista? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD DEN2

- 1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (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 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
- 13=OTRO

.....

DEN11. En los **últimos 12 meses**, cuando {usted/NAME} fue a ver a un dentista, ¿cuántas de sus consultas dentales fueron en {REFERENCE HEALTH CENTER}? ¿Diría que...?

- 1=Todas las consultas
- 2=Algunas de las consultas
- 3=Ninguna de las consultas

.....

DEN12. [IF DEN11=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN13]

¿Cómo calificaría los servicios dentales que {usted/NAME} recibió en {REFERENCE HEALTH CENTER}? 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 {usted/NAME} recibió en {REFERENCE HEALTH CENTER} en los **últimos 12 meses**?

0 = PEOR SERVICIO DENTAL POSIBLE

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

10 = MEJOR SERVICIO DENTAL POSIBLE

.....

DEN13. [IF DEN11= 2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO DEN13a]

{IF DEN11=2: Anteriormente, usted mencionó que solamente algunas de las visitas al dentista fueron en {REFERENCE HEALTH CENTER}}.

¿Lo(a) remitió {REFERENCE HEALTH CENTER} al otro lugar donde {usted/NAME} recibió servicios dentales?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN13a. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO DEN16a]

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

- 1=Nunca
- 2=A veces
- 3=Usualmente
- 4=Siempre

.....

DEN14. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO DEN16a]

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.

- 1=Todos sus dientes permanentes
- 2=Algunos de sus dientes permanentes
- 3=No ha perdido ninguno de sus dientes permanentes

.....

DEN15. [IF DEN14=2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN15a]

¿Cuántos de sus dientes permanentes ha perdido?

- 1 = 1 A 2 DIENTES
- 2 = 3 A 5 DIENTES
- 3 = 6 A 8 DIENTES
- 4 = 9 A 10 DIENTES
- 5 = 11 O MÁS DIENTES

.....

DEN15a. [IF DEN14=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN16a]

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN16a. [IF INTAGE LE 12 OR DEN15a=2 CONTINUE, ELSE GO TO DEN16b]

En general, ¿cómo describiría la salud de {sus dientes y encías/los dientes y encías de NAME}?

¿Diría que...?

- 1=Excelente
- 2=Muy buena
- 3=Buena
- 4=Regular
- 5=Mala

.....
DEN16b. [IF DEN15a=1 CONTINUE, ELSE GO TO DEN17a]

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

- 1=Excelente
 - 2=Muy buena
 - 3=Buena
 - 4=Regular
 - 5=Mala
-

DEN17a. Durante los **últimos 6 meses**, es decir, desde el {6 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .

Dolor o sensibilidad dental?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DEN17b. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

Sangrado en las encías?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DEN17c. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes torcidos?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DEN17e. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes quebrados o ausentes?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN17f. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

Dientes manchados o descoloridos?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN17g. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

Empastes quebrados o ausentes?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN17h. (Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas. . .)

[IF INTAGE GE 13, FILL:] Dientes sueltos que no fue debido a una lesión?

[IF INTAGE LE 12, FILL:] Dientes sueltos que no fue debido a una lesión o pérdida de dientes de leche?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DEN18a. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .

Dolor en la quijada?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DEN18b. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .

Llagas en el interior de la boca?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DEN18c. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .

Dificultad al comer o masticar?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DEN18d. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .

Mal aliento?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DEN18f. Durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido {usted/NAME} alguno de los siguientes problemas por más de un día. . .

Sequedad en la boca?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DEN19a. [IF DEN17a, DEN17b, DEN17c, DEN17e, DEN17f, DEN17g, DEN17h, DEN18a, DEN18b, DEN18c, DEN18d OR DEN18f=1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN1]

[IF INTAGE GE 5 CONTINUE, ELSE GO TO DEN19b]

¿Interfirieron los problemas que tuvo {usted/NAME} en la boca o los dientes con algo de lo siguiente...

su trabajo o la escuela?

1=SÍ

2=NO

3=NO ESTÁ TRABAJANDO / NO ESTÁ EN LA ESCUELA

.....

DEN19b. ¿Interfirieron los problemas que tuvo {usted/NAME} en la boca o los dientes con algo de lo siguiente...

Dormir?

1=SÍ

2=NO

.....

DEN19c. (¿Interfirieron los problemas que tuvo {usted/NAME} en la boca o los dientes con algo de lo siguiente...)

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

1=SÍ

2=NO

.....

DEN19d. (¿Interfirieron los problemas que tuvo {usted/NAME} en la boca o los dientes con algo de lo siguiente...)

Sus actividades de rutina en el hogar?

1=SÍ

2=NO

3=NO TIENE UN HOGAR

.....

MODULE K: MENTAL HEALTH

MEN1. [IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO MEN2_AUT]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}. También tiene el derecho de rehusarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

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

- 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

- 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

- 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

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

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

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 que: mucho, algo, un poco o nada?

- 1=MUCHO
- 2=ALGO
- 3=UN POCO
- 4=NADA

.....

MEN2_AUT. [IF INTAGE LE 17 CONTINUE, ELSE GO TO MEN3] ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que {usted/NAME} tenía...

Autismo, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MEN2_DD. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que {usted/NAME} tenía...

Algún otro retraso en el desarrollo?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MEN2_ADHD. ¿Tiene {usted/NAME} un trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD, por sus siglas en inglés) o un trastorno de déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés)?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MEN2_HAVID. ¿Tiene {usted/NAME} una discapacidad intelectual, también conocida como retraso mental?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MEN2_HAVAUT. ¿Tiene {usted/NAME} autismo, síndrome de asperger, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista?

1=SÍ
2=NO

.....
MEN3. [IF INTAGE=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO MEN3g]

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos que haya tenido {NAME}. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en {REFERENCE HEALTH CENTER}. 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 2 meses**.

1=CONTINUE
.....

MEN3a.

¿No ha sido cooperativo?

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 2 meses**.)

¿Tiene dificultad para dormirse?

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 2 meses**.)

¿Tiene problemas del habla?

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 2 meses.**)

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

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 2 meses.**)

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

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 2 meses.**)

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

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

MEN3g. [IF INTAGE=4-12 CONTINUE, ELSE GO TO MEN4a]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}. 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 2 meses.**)

¿No se lleva bien con los otros niños?

- 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 2 meses.**)

¿No puede concentrarse o prestar atención por largo tiempo?

- 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 2 meses.**)

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

- 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 2 meses.**)

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

- 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 2 meses.**)

¿Ha estado nervioso(a) o tenso(a)?

- 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 2 meses.**)

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

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

.....

MEN4a. [IF INTAGE=13-17 CONTINUE, ELSE GO TO MEN2a]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}. 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 2 meses.**

¿No puedes concentrarte o prestar atención por largo tiempo?

- 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 2 meses.**)

¿Mientes o engañas a las personas?

- 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 2 meses**.)

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

- 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 2 meses**.)

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

- 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 2 meses**.)

¿Tienes bajo rendimiento o bajas calificaciones en tus estudios?

- 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 2 meses**.)

¿Tiene dificultad para dormirte?

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

.....

MEN2a. [IF INTAGE >=13 CONTINUE, ELSE GO TO MEN5]

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

1=SÍ
2=NO

.....

MEN2b. ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía ansiedad generalizada?

INTERVIEWER: La ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación persistente y excesiva por una serie de cosas diferentes. Las personas con ansiedad generalizada tienden a anticipar un desastre y sentirse demasiado preocupadas por el dinero, la salud, la familia, el trabajo u otros problemas.

1=SÍ
2=NO

.....

MEN2c ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía un trastorno de ataques de pánico?

1=SÍ
2=NO

.....

MEN5c. ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía esquizofrenia?

1=SÍ
2=NO

.....

MEN5d. ¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que era bipolar?

1=SÍ
2=NO

.....

MEN5. En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿usted o un médico pensaron que {usted/NAME} debía consultar a un profesional acerca de su salud mental, emociones o nervios?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MEN5a. [IF MEN5=1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN9a2]

En los **últimos 12 meses**, ¿ha visto {usted/NAME} a un médico de atención primaria o a otro médico general por problemas de salud mental, emociones o nervios?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MEN5b. En los **últimos 12 meses**, ¿ha visto {usted/NAME} a cualquier otro profesional, tal como un consejero, psiquiatra o trabajador social por problemas de salud mental, emociones o nervios?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MEN6. En los **últimos 12 meses**, ¿**no pudo** {usted/NAME} obtener atención de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MEN6a. [IF MEN6=1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN7]

Por favor mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **no pudo** obtener atención para la salud mental de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

SHOWCARD MEN3

- 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=SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA
- 12=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 13=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 15=OTRA RAZÓN

.....

MEN6a_OTH. [IFMEN6a=15 CONTINUE, ELSE GO TO MEN7]

Por favor especifique la otra razón por la que {usted/NAME} **no pudo** obtener la atención de salud mental de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba.

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

MEN7. En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿**se tardó** {usted/NAME} en obtener la atención de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

MEN7a. [IF MEN7=1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN9a2]

Por favor, mire esta tarjeta. ¿Cuál es la razón principal por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener consejería de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba?

SHOWCARD MEN3

- 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=SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA
- 12=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 13=PREOCUPACIÓN POR CONTRAER EL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 14=CITA CANCELADA/REPROGRAMADA DEBIDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 15=OTRA RAZÓN

.....

MEN7a_OTH. [IF MEN7a=15 CONTINUE, ELSE GO TO MEN9a2]

Por favor especifique la otra razón por la que {usted/NAME} **se tardó** en obtener la consejería de un profesional de salud mental que usted o un médico pensaron que necesitaba.

_____ [ALLOW 40]

.....

.....

MEN9a2. [IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO MEN11_INTRO]

¿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.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MEN8. [IF MEN9a2=1 CONTINUE, ELSE GO TO MEN11_INTRO]

En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12MONTH REFERENCE DATE}, ¿recibió algún tratamiento o consejería de salud mental? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

MEN8a. [IF MEN8=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO MEN11_INTRO]

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

CODE ALL THAT APPLY

- 1=Salud mental o emocional
- 2=Problemas de alcohol o drogas
- 3= Problemas personales o familiares/ de una relación
- 4=Algo más

.....

MEN9. ¿Qué tipo de tratamiento y/o consejería recibió? Puede seleccionar una o más opciones. ¿Fue...?

CODE ALL THAT APPLY

- 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. [IF MEN9=5 CONTINUE, ELSE GOTO MEN9a]

¿Lo(a) remitió {REFERENCE HEALTH CENTER} a un hospital general o un centro médico mental donde obtuvo el tratamiento?

1=SÍ
2=NO

.....
MEN9a. [IF MEN9=1-4 CONTINUE, ELSE GO TO MEN11_INTRO]

¿Cuántas de las sesiones de tratamiento o consejería recibió en {REFERENCE HEALTH CENTER}? ¿Diría usted que...?

1=Todas las consultas
2=Algunas de las consultas
3=Ninguna de las consultas

.....
MEN9b. [IF MEN9a=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO MEN9c]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}?

0 Mal servicio

1
2
3
4
5
6
7
8
9

10 Servicio excelente

.....
MEN9c. [IF MEN9a=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO MEN11_INTRO]

¿Lo(a) remitió {REFERENCE HEALTH CENTER} al otro lugar donde obtuvo el tratamiento o los servicios de consejería?

1=SÍ
2=NO

.....
MEN11_INTRO. [IF INTAGE=13 OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO SUB1a_INTRO] Las próximas preguntas son acerca de pensamientos sobre suicidio. Sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en {REFERENCE HEALTH CENTER}. También tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

MEN11. En algún momento en los últimos 12 meses, ¿pensó seriamente acerca de intentar suicidarse?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
MEN12. Durante los últimos 12 meses, ¿hizo usted algún plan para suicidarse?

- 1 = SÍ
- 2 = NO

.....
MEN13. Durante los últimos 12 meses, ¿trató usted de suicidarse?

- 1 = SÍ
 - 2 = NO
-

MODULE L: SUBSTANCE USE

[IF INTAGE GE 13 CONTINUE, ELSE GO TO PRG1]

SUB1a_INTRO. Las siguientes preguntas son sobre su uso de cigarrillos electrónicos y productos tradicionales de tabaco. Le recuerdo que sus respuestas a estas preguntas son privadas y no se compartirán con ninguna persona en {REFERENCE HEALTH CENTER}. Usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta que no desee contestar.

1=CONTINUE

.....

SUB1_ECIG1. Los cigarrillos electrónicos (“e-cigarettes”) y otros productos electrónicos para “vapear” incluyen “hookahs” electrónicas, bolígrafos para vapear, puros electrónicos y otros. Estos productos funcionan con baterías y generalmente contienen nicotina y sabores como fruta, menta o dulce.

¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto electrónico para “vapear”, aunque haya sido solo una vez en toda su vida?

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1_ECIG2. [IF SUB1_ECIG1=1 CONTINUE, ELSE GOTO SUB1a] ¿Cuáles son las razones por las que ha usado cigarrillos electrónicos? Seleccione todas las opciones que correspondan.

SHOWCARD SUB_ECIG

- 1= NUNCA HE PROBADO UN CIGARRILLO ELECTRÓNICO
- 2= UNA AMISTAD O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA LOS USABA
- 3= PARA TRATAR DE DEJAR DE USAR OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 4= CUESTAN MENOS QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 5= SON MÁS FÁCILES DE CONSEGUIR QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS

- 6= PERSONAS FAMOSAS EN TELEVISIÓN O EN LAS PELÍCULAS LOS USAN
- 7= SON MENOS DAÑINOS QUE OTRAS FORMAS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS`
- 8= ESTÁN DISPONIBLE EN SABORES, COMO MENTA, DULCE, FRUTA O CHOCOLATE
- 9= SE PUEDEN USAR EN ÁREAS DONDE OTROS PRODUCTOS DE TABACO NO SON PERMITIDOS, COMO LOS CIGARRILLOS
- 10= SE PUEDEN USAR CON MARIHUANA, THC O ACEITE DE HACHÍS O CERA DE THC
- 11= LOS USO POR ALGUNA OTRA RAZÓN

.....

SUB1_ECIG3. ¿Qué tipos de cigarrillos electrónicos o líquido electrónico usa para vapear?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 1=Productos con sabores (sabor a mentol, menta, clavo de olor, especias, dulce, fruta, chocolate etc.)
- 2= Productos que contienen nicotina
- 3. Productos que contienen cannabidiol (CBD)
- 4= Productos que contienen marihuana
- 5=No está seguro(a) de lo que está vapeando
- 6=OTRO

.....

SUB1a. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB1a1. [IF SUB1a=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1g]

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

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

_____[ALLOW 06 – 99]

.....

SUB1b. Actualmente, ¿fuma usted cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?

- 1= TODOS LOS DÍAS
- 2=ALGUNOS DÍAS
- 3=NO LO HACE

.....

SUB1c. [IF SUB1b=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1f]

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

NOTE: IF RESPONSE IS LESS THAN 1 – ENTER 1

_____ CIGARETTES [ALLOW 01-99]

.....

SUB1d. [IF SUB1b=2 CONTINUE, ELSE, GO TO SUB1f]

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

_____ DAYS [ALLOW 00-30]

.....

SUB1e. [IF SUB1d GE 1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1f]

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

_____ NUMBER OF CIGARETTES [ALLOW 00-99]

.....

SUB1f. [IF SUB1b=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1g]

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

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1f1. [IF SUB1b=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1g]

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

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1g. Las siguientes preguntas son sobre su uso de tabaco “sin humo”, tal como rapé, tabaco en polvo “dip”, tabaco de mascar o tabaco picado "snus".

¿Alguna vez ha usado tabaco “sin humo”, aunque haya sido solo una vez?

IF NEEDED: “Snus”, el cual 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.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB1h. [IF SUB1g= 1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1k]

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

_____ [RANGE: 01 - 99]

.....

SUB1h1. [IF SUB1g=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1k]

¿Actualmente usa tabaco de mascar, tabaco en polvo "rapé", 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.

- 1= TODOS LOS DÍAS
- 2=ALGUNOS DÍAS
- 3=NO LO HACE

.....

SUB1i. [IF SUB1h1=2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1j]

Ahora piense en los **últimos 30 días**, es decir desde el {30 DAY REFERENCE DATE}. Durante los últimos 30 días, ¿ha usado tabaco “sin humo”, aunque haya sido sólo una vez?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB1j. [IF SUB1h1=3 OR SUB1i=2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1k]

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

- 1=Hace más de 30 días pero dentro de los últimos 12 meses,
- 2=Hace más de 12 meses pero dentro de los últimos 3 años o
- 3=Hace más de 3 años?

.....

SUB1k. [IF (SUB1h1=1 OR 2) OR (SUB1b=1 OR 2) CONTINUE, ELSE GO TO SUB2]

Durante los **últimos 12 meses**, ¿le aconsejó algún médico u otro profesional de la salud que dejara de fumar cigarrillos o dejara de usar cualquier otro producto de tabaco? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

SUB1m. [IF SUB1b=3 CONTINUE, ELSE GO TO SUB1o]

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

.....

SUB1m_UNITS. (¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted dejó de fumar cigarrillos?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=HACE DÍAS
- 2=HACE SEMANAS
- 3=HACE MESES
- 4=HACE AÑOS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

SUB1o. La última vez que trató de dejar de fumar o de usar algún otro producto de tabaco, ¿usted. . .

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

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1p. (La última vez que trató de dejar de fumar o de usar algún otro producto de tabaco, ¿usted. . .)

Usó un programa de ayuda para dejar de fumar?

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1q. (La última vez que trató de dejar de fumar o de usar algún otro producto de tabaco, ¿usted. . .)

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

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1r. (La última vez que trató de dejar de fumar o de usar algún otro producto de tabaco, ¿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?

1=SÍ
2=NO

.....

SUB1s. [IF SUB1r=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUBPRE1t]

¿Fue esto. . .?

- 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 vareniclina
- 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB1t. [IF SUBPRE1t=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2]

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

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB1u. [IF SUB1t=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2]

¿Planea dejar de fumar cigarrillos por completo...

- 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 sobre las que preguntamos pueden 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.

1=CONTINUE
.....

SUB2a. Por favor mire esta tarjeta.

SHOWCARD SUB1

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?

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.

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 cocaína en polvo, “crack”, base libre y pasta de coca.

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.

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.

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.

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, éxtasis o “Molly”, también llamado MDMA o “Special K”.

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, Vicodin, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona, tramadol y fentanil

- 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB2i_OTH. [IF SUB2i=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2a_a]

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

_____ [ALLOW 40]

.....

SUB2a_a. [IF SUB2a=1 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2b_a]

En los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas?
Diría usted que...

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

.....

SUB2a_b. [IF SUB2a_a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB7]

En los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o gran necesidad de tomar bebidas alcohólicas?

¿Diría usted que...

- 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...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de bebidas alcohólicas?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?

¿Diría que...

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

.....

SUB7 [IF SUB2a_a=0, DK OR RE CONTINUE, ELSE GO TO SUB8]

¿Tomó usted bebidas alcohólicas en los **últimos 12 meses**?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB8. [IF SUB7=1 OR (SUB2a_a=1, 2, 3, OR 4) CONTINUE, ELSE GO TO SUB9a]

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

_____ Número de bebidas alcohólicas [ALLOW 00-30]

.....

SUB8a. En los **últimos 12 meses**, ¿en cuántos **días** tomó 5 o más bebidas alcohólicas?

_____ DAYS [ALLOW 000-365]

.....

SUB9. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado sobre su uso de alcohol con su médico u otro profesional de la salud?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB9a. [IF SUB7=2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2b_a]

En los **últimos 12 meses**, ¿le ha preguntado su médico u otro profesional de la salud sobre su uso de alcohol? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}

2= SÍ - {EN OTRO LUGAR)
3= NO

.....
SUB2b_a. [IF SUB2b=1CONTINUE, ELSE GO TO SUB2c_a]

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

¿Diría que...

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

.....
SUB2b_b. [IF SUB2b_a=2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2c_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de cannabis o marihuana?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de cannabis o marihuana?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar cannabis o marihuana?

¿Diría que...

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

.....

SUB2c_a. [IF SUB2c=1CONTINUE, ELSE GO TO SUB2d_a]

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

Diría que...

- 0=Nunca
- 1=Una o dos veces

- 2=Mensualmente
 - 3=Semanalmente
 - 4=Todos los días o casi todos los días
-

SUB2c_b. [IF SUB2c_a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2d_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de cocaína?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de cocaína?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar cocaína?

¿Diría que...

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

.....

SUB2d_a. [IF SUB2d=1CONTINUE, ELSE GO TO SUB2e_a]

En los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha usado estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

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

.....

SUB2d_b. [IF SUB2d_a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2e_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar estimulantes tipo anfetamina?

¿Diría que...

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

.....

SUB2e_a. [IF SUB2e=1CONTINUE, ELSE GO TO SUB2f_a]

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

¿Diría que...

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

.....

SUB2e_b. [IF SUB2e_a=1, 2 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2f_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de inhalantes?

¿Diría que...

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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de inhalantes?

¿Diría que...

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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar inhalantes?

¿Diría que...

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

SUB2f_a. [IF SUB2f=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2g_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...

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

.....

SUB2f_b. [IF SUB2f_a=1, 2, 3, OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2g_a]

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...

- 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...

- 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 3 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar sedantes o pastillas para dormir?

¿Diría que...

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

SUB2g_a. [IF SUB2g=1CONTINUE, ELSE GO TO SUB2h_a]

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

IF NEEDED: Se les puede conocer como LSD, ácido, hongos, PCP, éxtasis o “Molly”, también llamado MDMA o “Special K”.

¿Diría que...

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

.....
SUB2g_b. [IF SUB2g_a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2h_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de alucinógenos?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de alucinógenos?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar alucinógenos?

¿Diría que...

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

3=Nunca

.....

SUB2h_a. [IF SUB2h=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB2i_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...

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

.....

SUB2h_b. [IF SUB2h_a=1, 2, 3, OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB2i_a]

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

¿Diría que...

- 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...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de opioides?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de opioides?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar opioides?

¿Diría que...

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

SUB2i_a. [IF SUB2i=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB3]

En los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha usado **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}**?

Diría que...

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

SUB2i_b. [IF SUB2i_a=1, 2, 3 OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO SUB3]

En los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia ha sentido fuerte deseo o gran necesidad de usar **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}**?

¿Diría que...

- 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**, ¿con qué frecuencia su uso de **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}** le ocasionó problemas de salud, sociales, legales o económicos?

¿Diría que...

- 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 **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}**?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia una amistad o un familiar u otra persona expresó preocupación por su uso de **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}**?

¿Diría que...

- 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 3 meses**, ¿con qué frecuencia ha tratado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar **{RESPONSE FROM SUB2i_OTH}**?

¿Diría que...

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

.....

SUB3.

¿Alguna vez ha usado una aguja para inyectarse alguna droga que no le haya sido recetada a usted, aunque haya sido solo una vez? Solo incluya drogas para uso no médico.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
SUB3a. [IF SUB3=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB10]

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usó una aguja para inyectarse alguna droga que no le haya sido recetada a usted?

- 1=En los últimos 3 meses
- 2=Hace más de 3 meses pero dentro de los últimos 12 meses
- 3=Hace más de 12 meses

.....
SUB10. [IF SUB2b =1, SUB2c=1, SUB2d=1, SUB2e=1, SUB2f=1 SUB2g=1, SUB2h=1, OR SUB2i = 1, CONTINUE]

[IF SUB2b_a=1,2,3 or 4, SUB2c_a=1,2,3 or 4, SUB2d_a=1,2,3 or 4, SUB2e_a=1,2,3 or 4, SUB2f_a=1,2,3 or 4, SUB2g_a=1,2,3 or 4, SUB2h_a=1,2,3 or 4, OR SUB2i_a = 1,2,3 or 4, GO TO SUB10a]

[ELSE GO TO SUB12]

Anteriormente usted indicó que ha usado...

- [IF SUB2b=1: Cannabis o Marihuana]
- [IF SUB2c=1: Cocaína]
- [IF SUB2d=1: Estimulantes tipo anfetamina]
- [IF SUB2e=1: Inhalantes]
- [IF SUB2f=1: Sedantes o pastillas para dormir]
- [IF SUB2g=1: Alucinógenos]
- [IF SUB2h=1: Opioides]
- [IF SUB2i=1: FILL RESPONSE FROM SUB2i_OTH]

¿Usó alguna de estas drogas en los **últimos 12 meses**?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
SUB10a. [IF SUB10=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB12]

En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado sobre su uso de drogas con su médico u otro profesional de la salud?

- 1=SÍ

2=NO

.....

SUB10b. [IF SUB10a=2 CONTINUE, ELSE GO TO SUB12]

En los **últimos 12 meses**, ¿le ha preguntado su médico u otro profesional de la salud sobre su uso de drogas? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}

2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}

3= NO

.....

SUB12. [IF SUB2a=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB12b]

En los **últimos 12 meses**, ¿deseó o necesitó tratamiento o consejería por su consumo de alcohol?

1=SÍ

2=NO

.....

SUB12b. [IF SUB2b =1, SUB2c=1, SUB2d=1, SUB2e=1, SUB2f=1 SUB2g=1, SUB2h=1, OR SUB2i = 1, CONTINUE, ELSE GO TO PRG1]

En los **últimos 12 meses**, ¿deseó o necesitó tratamiento o consejería por su uso de drogas?

1=SÍ

2=NO

.....

SUB12a. [IF SUB12=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB12d]

En los **últimos 12 meses**, ¿recibió tratamiento o consejería por su uso de alcohol?

1=SÍ

2=NO

.....

SUB12d. [IF SUB12b=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB14]

En los **últimos 12 meses**, ¿recibió tratamiento o consejería por su uso de drogas?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB14. [IF SUB12a=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB15]

¿Le dio {REFERENCE HEALTH CENTER} el tratamiento, pagó por ese tratamiento o lo(a) remitió a otro lugar donde obtuvo el tratamiento por su uso de alcohol?

- 1=DIO EL TRATAMIENTO
- 2=PAGÓ EL TRATAMIENTO
- 3=REMITIÓ A OTRO LUGAR
- 4=NADA

.....

SUB14_MAT1. En los últimos 12 meses, ¿usó medicamentos para ayudarle a reducir o detener su uso de alcohol?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

SUB14_MAT2. [IF SUB14_MAT1=1 CONTINUE, ELSE GO TO SUB15] ¿Cuántos días en los últimos 12 meses usó este medicamento?

_____ Número total de días [ALLOW 000-365]

.....

SUB14a. [IF SUB12d=1 CONTINUE ELSE GO TO SUB15]

¿{REFERENCE HEALTH CENTER} le dio el tratamiento, lo pagó o lo(a) remitió a otro lugar donde obtuvo el tratamiento por su uso de drogas?

- 1=DIO EL TRATAMIENTO
- 2=PAGÓ EL TRATAMIENTO
- 3=REMITIÓ A OTRO LUGAR
- 4=NINGUNA VEZ

.....

- 3=NO TENÍA TIEMPO PARA IR A UN PROGRAMA O NO TENÍA MANERA DE LLEGAR ALLÍ O EL PROGRAMA NO ERA LO 1= NUNCA HE PROBADO UN CIGARRILLO ELECTRÓNICO
- 2= UNA AMISTAD O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA LOS USABA
- 3= PARA TRATAR DE DEJAR DE USAR OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 4= CUESTAN MENOS QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 5= SON MÁS FÁCILES DE CONSEGUIR QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 6= PERSONAS FAMOSAS EN TELEVISIÓN O EN LAS PELÍCULAS LOS USAN
- 7= SON MENOS DAÑINOS QUE OTRAS FORMAS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS`
- 8= ESTÁN DISPONIBLE EN SABORES, COMO MENTA, DULCE, FRUTA O CHOCOLATE
- 9= SE PUEDEN USAR EN ÁREAS DONDE OTROS PRODUCTOS DE TABACO NO SON PERMITIDOS, COMO LOS CIGARRILLOS
- 10= SE PUEDEN USAR CON MARIHUANA, THC O ACEITE DE HACHÍS O CERA DE THC
- 11= LOS USO POR ALGUNA OTRA RAZÓN
- 1= NUNCA HE PROBADO UN CIGARRILLO ELECTRÓNICO
- 2= UNA AMISTAD O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA LOS USABA
- 3= PARA TRATAR DE DEJAR DE USAR OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 4= CUESTAN MENOS QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 5= SON MÁS FÁCILES DE CONSEGUIR QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS
- 6= PERSONAS FAMOSAS EN TELEVISIÓN O EN LAS PELÍCULAS LOS USAN
- 7= SON MENOS DAÑINOS QUE OTRAS FORMAS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS`
- 8= ESTÁN DISPONIBLE EN SABORES, COMO MENTA, DULCE, FRUTA O CHOCOLATE
- 9= SE PUEDEN USAR EN ÁREAS DONDE OTROS PRODUCTOS DE TABACO NO SON PERMITIDOS, COMO LOS CIGARRILLOS
- 10= SE PUEDEN USAR CON MARIHUANA, THC O ACEITE DE HACHÍS O CERA DE THC
- 11= LOS USO POR ALGUNA OTRA RAZÓN
- 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 [IF SUB17=6 CONTINUE, ELSE GO TO PRG1]

¿Qué otras razones tuvo usted para no recibir el tratamiento o la consejería que necesitaba por su uso de alcohol?

_____ [Allow 80]

.....

.....

MODULE M: PRENATAL CARE/ FAMILY PLANNING

PRG1. [IF INT3=2 AND INTAGE=15-49 CONTINUE, ELSE GO TO HTG1]

[IF CON2=2, DK, RF GO TO PRG8, ELSE CONTINUE]

¿Ha estado embarazada en los **últimos 3 años**, es decir, desde el año {3 YEAR REFERENCE DATE}?

1=SÍ
2=NO

.....

PRG1a. [IF PRG1=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRG8]

¿Cuándo fue su último embarazo?

- 1=HACE MENOS DE UN AÑO
 - 2=HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
 - 3=HACE 2 A 3 AÑOS
-

PRG6.

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye visitas a un médico, enfermera u otro profesional de la salud antes que nazca su bebé para que se realicen chequeos y se obtengan consejos sobre el embarazo.

En los **últimos 3 años**, ¿hubo algún momento en que necesitó cuidado prenatal pero no pudo obtenerlo?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

PRG2.

Por favor, piense en su embarazo más reciente, ¿recibió cuidado prenatal? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= YES - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= YES - SOME OTHER PLACE
 - 3= 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).

_____ (ALLOW 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?)

- 1=WEEKS
 - 2=MONTHS
-

PRG3. [IF PRG2=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRG8]

¿Cuántas de sus consultas prenatales tuvo en ^strHealthCenter? ¿Diría usted que....?

NOTE: IF RESPONSE IS "LA MAYORÍA" - CODE AS 2 "ALGUNAS DE LAS CONSULTAS"

- 1= Todas las consultas
- 2= Algunas de las consultas
- 3= Ninguna de las consultas

.....

PRG4. [IF PRG3=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO PRG5]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}. ¿Diría usted que....?

- 0=Malos servicios
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10=Excelentes servicios

.....

PRG4a. Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico 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.

Press ENTER to continue.

.....

PRG4aa. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Cómo el fumar durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

1=YES
2=NO

.....

PRG4ab. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Dar pecho/lactancia para su bebé

1=YES
2=NO

.....

PRG4ac. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Cómo el beber alcohol durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

1=YES
2=NO

.....

PRG4ad. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

El uso del cinturón de seguridad durante su embarazo

1=YES
2=NO

.....

PRG4ae. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Medicamentos que puede tomar en forma segura durante su embarazo

1=YES
2=NO

.....

PRG4af. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Cómo el uso de drogas ilícitas durante el embarazo pudiera afectar a su bebé

1=YES

2=NO

.....

PRG4ag. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Pruebas de detección de defectos de nacimiento o de enfermedades que padecen en su familia

1=YES

2=NO

.....

PRG4ah. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Las señales y síntomas de trabajo de parto prematuro, que suceden **más de 3 semanas** antes de la fecha de parto

1=YES

2=NO

.....

PRG4ak. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Qué hacer si se siente deprimida durante su embarazo o después de que nace su bebé

1=YES

2=NO

.....

PRG4al. (Durante alguna de sus consultas prenatales, ¿le habló un médico u otro profesional de la salud acerca de lo siguiente...?)

Abuso físico a las mujeres por parte del esposo o la pareja

1=YES

2=NO

.....

PRG5. [IF PRG3=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO PRG5a]

¿La remitió {REFERENCE HEALTH CENTER} a otro lugar donde recibió cuidado prenatal ?

- 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?

NOTE: IF CURRENTLY PREGNANT – RESPONDENT SHOULD THINK OF PREVIOUS PREGNANCY

- 1= NACIMIENTO CON VIDA
- 2= DE ALGUNA OTRA MANERA / EMBARAZADA ACTUALMENTE Y NO HA ESTADO EMBARAZADA ANTERIORMENTE

.....

PRG5a1. [IF PRG5a=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRG8] ¿Nació este niño más de tres semanas antes de su fecha de parto?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRG5b.

¿Cuánto pesó su bebé al nacer??

_____ Libras [**ALLOW 00-11**] _____ Onzas [**ALLOW 00-16**]

[PROGRAMMING NOTE: CAN WE ALLOW FOR KILOGRAMS?]

.....

PRG6a. Después de su embarazo más reciente , ¿le hicieron un chequeo de postparto? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

IF NEEDED: Un chequeo de postparto es un chequeo regular que se realiza a las mujeres como 6 semanas después del parto.

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= YES - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= YES - SOME OTHER PLACE
 - 3= NO
-

PRG6b_OTH. [IF PRG6a=2 CONTINUE, ELSE GO TO PRG6c]

¿Dónde fue para le hicieran chequeo de postparto?

- 1=EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE MI FAMILIA,
 - 2=EL CONSULTORIO DE MI OBSTETRA/GINECÓLOGO
 - 3=LA CLÍNICA DEL HOSPITAL
 - 4=LA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
 - 5=OTRO LUGAR
-

PRG6c. ¿Chequeó un médico u otro profesional de la salud a su nuevo bebé después de una semana de nacido? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
 - 2= SÍ – EN ALGÚN OTRO LUGAR
 - 3= NO
 - 4= MI BEBÉ TODAVÍA ESTABA EN EL HOSPITAL EN ESE MOMENTO
-
-

PRG6d_OTH. [IF PRG6c=2 CONTINUE, ELSE GO TO PRG6e]

¿Dónde le hicieron a su bebé el chequeo de su primera semana de nacido?

- 1=EN CASA
 - 2=EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE MI FAMILIA
 - 3= EL CONSULTORIO DE MI OBSTETRA/GINECÓLOGO
 - 4= LA CLÍNICA DEL HOSPITAL
 - 5= LA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
 - 6= OTRO LUGAR
-

PRG6e. ¿En qué posición coloca a su bebé para dormir con más frecuencia? ¿Diría que de lado, boca arriba o boca abajo?

- 1=DE LADO
- 2=BOCA ARRIBA
- 3=BOCA ABAJO

.....

PRG6f. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha dormido su bebé solo(a) en su propia cuna o cama? ¿Diría que...

- 1= Siempre
- 2= Con frecuencia
- 3= A veces
- 4= Rara vez
- 5= Nunca

.....

PRG7a. ¿Alguna vez dio pecho o extrajo leche materna para alimentar a su nuevo bebé, incluso durante un corto periodo de tiempo?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRG7b. [IF PRG7a=1 CONTINUE, ELSE GO TO PRG8

¿Actualmente está dando pecho o alimentando con leche extraída de pecho a su nuevo bebé?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRG7c. ¿Cuántas semanas o meses dio pecho a su bebé o le dio leche extraída de pecho?

_____ [ALLOW 00-52]

.....

PRG7c_UNITS. INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

1=WEEKS
2=MONTHS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

PRG8. Por favor mire esta tarjeta. En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha recibido **algunos** e los siguientes servicios de planificación familiar? Puede seleccionar una o más opciones.

SHOWCARD PRG1

- 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=NINGUNO DE LOS MÉTODOS ARRIBA MENCIONADOS

.....

PRG9. [IF PRG8=1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 OR 8 CONTINUE, ELSE GO TO PRG11]

¿Cuántos de esos servicios obtuvo en {REFERENCE HEALTH CENTER}? ¿Diría usted que...?

- 1=Todos los servicios
- 2=Algunos de los servicios
- 3=Ninguno de los servicios

.....

PRG10a. [IF PRG9=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO PRG10b]

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 {REFERENCE HEALTH CENTER}. ¿Diría usted que...?

0=Malos servicios

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

10=Excelentes servicios

.....

PRG10b. [IF PRG9=2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO PRG11]

¿La remitió {REFERENCE HEALTH CENTER} al otro lugar donde obtuvo servicios de planificación familiar?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

PRG11. Por favor mire esta tarjeta. En los **últimos 12 meses**, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿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

- 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=NINGUNO DE LOS MÉTODOS ARRIBA MENCIONADOS

.....
PRG11_OTH. [IF PRG11=9 CONTINUE, ELSE GO TO HTG1]

Por favor especifique el otro servicio de planificación familiar que necesitó, pero que no pudo obtener.

_____ [ALLOW 40]

MODULE N: HIV TESTING

HTG1. [IF INTAGE GE 18 CONTINUE, ELSE GO TO LIV1]

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 en {REFERENCE HEALTH CENTER}. 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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HTG1a. [IF HTG1=1 CONTINUE, ELSE GO TO HTG2]

¿Cuándo se hizo la prueba de VIH por última vez?

- 1= HACE MENOS DE UN AÑO
- 2=HACE 1 AÑO PERO MENOS DE 2 AÑOS
- 3=HACE 2 AÑOS PERO MENOS DE 3 AÑOS
- 3=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?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HTG1b. ¿Dónde se hizo la última prueba de VIH? ¿Fue en. . .

- 1=REFERENCE HEALTH CENTER
- 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. [IF HTG1=2 CONTINUE, ELSE GO TO HTG3]

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 es la razón principal por la que **no** se ha hecho la prueba de VIH?

SHOWCARD HTG1

- 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. [IF HTG2=6 CONTINUE, ELSE GO TO HTG3]

Por favor, especifique por qué no se ha hecho la prueba de VIH.

_____ [ALLOW 60]
.....

HTG3. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le sugirió hacerse la prueba de VIH?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
HTG4. ¿Alguna vez alguien en {REFERENCE HEALTH CENTER} le habló acerca de cómo podía protegerse usted y proteger a otras personas del virus del VIH?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
HTG5. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que usted es VIH positivo(a) o que tiene SIDA?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
HTG6a. [IF HTG5=1 CONTINUE, ELSE GO TO LIV1]

¿Está usted recibiendo atención médica para el VIH o el SIDA actualmente? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en otro algún lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

HTG6a1a. [IF HTG6a=2 CONTINUE, ELSE GO TO HTG6b]

Por favor, especifique dónde está recibiendo esta atención médica:

_____ [ALLOW 40]

.....

HTG6a3. ¿Le remitió el/la {REFERENCE HEALTH CENTER} a dicho lugar?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

HTG6b. ¿Está recibiendo terapia antirretroviral contra el VIH prescrita por un médico u otro profesional de la salud? ¿Diría que, Sí en {REFERENCE HEALTH CENTER}, Sí en algún otro lugar, o No?

[ALLOW MULTIPLE RESPONSES FOR RESPONSE 1 AND 2]

- 1= SÍ - {REFERENCE HEALTH CENTER}
- 2= SÍ - {EN OTRO LUGAR}
- 3= NO

.....

HTG6a2. [IF HTG6b=2 CONTINUE, ELSE GO TO LIV1]

Por favor, especifique dónde está recibiendo esta atención médica:

_____ [ALLOW 40]

HTG6b3. ¿Le remitió el/la {REFERENCE HEALTH CENTER} a dicho lugar?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

MODULE O: LIVING ARRANGEMENTS

LIV1. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el lugar donde {usted/NAME} está viviendo actualmente.

Por favor mire esta tarjeta. En los **últimos 7 días**, ¿dónde durmió {usted/NAME} por la noche normalmente? Seleccione la mejor opción.

SHOWCARD LIV1

- 1=UNA CASA, UN “TOWNHOUSE” O UNA CASA MÓVIL
- 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=UNA HABITACIÓN, APARTAMENTO O CASA DE UNA AMISTAD O DE UN FAMILIAR SIN PAGAR RENTA
- 13= ALGÚN OTRO LUGAR

.....

LIV1_OTH. [IF LIV1=13 CONTINUE, ELSE GO TO LIV2]

Por favor describa el otro lugar donde {usted/NAME} durmió normalmente en los **últimos 7 días**.

_____ [ALLOW 40]

.....

LIV2. [IF LIV1=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO LIV3]

¿Cuántos dormitorios o recámaras tiene {esa casa/ese apartamento}?

- 1 = 1 DORMITORIO
- 2 = 2 DORMITORIOS
- 3 = 3 DORMITORIOS
- 4 = 4 DORMITORIOS
- 5 = 5 DORMITORIOS

6 = 6 O MÁS DORMITORIOS
.....

LIV3. [IF LIV1=3 CONTINUE, ELSE GO TO LIV4]

Contándose usted mismo(a), ¿cuántas personas normalmente duermen en {esa casa/ese apartamento}?

- 1 = 1 PERSONA
 - 2 = 2 PERSONAS
 - 3 = 3 PERSONAS
 - 4 = 4 PERSONAS
 - 5 = 5 O MÁS PERSONAS
-

LIV4. [IF LIV1=1 OR 2 OR 3 CONTINUE, ELSE GO TO LIV5]

¿Es usted propietario(a) o alquila {esa casa/ese apartamento/ esa habitación}?

IF NEEDED: Esto incluye los pagos que se hacen de una hipoteca.

- 1=SÍ – ES PROPIETARIO(A) O ALQUILA
 - 2=NO – NO ES PROPIETARIO(A) NI ALQUILA
-

LIV5. ¿Está pagando menos renta porque el gobierno federal, estatal o local paga parte del costo?

- 1=SÍ
 - 2=NO
 - 3=ES PROPIETARIO(A) DE SU HOGAR
-

LIV6. [IF LIV4=1 CONTINUE, ELSE GO TO LIV10]

¿Alguna vez {**IF INTAGE GE 18** usted o su familia **no** pudieron pagar su parte de la renta o hipoteca del lugar donde viven, o usted o su familia /**IF INTAGE LE 12** la familia de NAME **no** pudo pagar su parte de la renta o hipoteca del lugar donde viven, o /**IF INTAGE=13-17** 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?

[PROGRAMMERS: BELOW IS HOW THE FILLS SHOULD LOOK]

[IF INTAGE GE 18] ¿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?

[IF INTAGE LE 12] ¿Alguna vez la familia de {NAME} **no** pudo pagar su parte de la renta o hipoteca para su propia vivienda, o tuvieron que pedir prestado para pagar su parte de la renta o hipoteca?

[IF INTAGE=13-17] ¿Alguna tu familia **no** pudo pagar su parte de la renta o hipoteca para su propia vivienda, o tuvieron que pedir prestado para pagar su parte de la renta o hipoteca?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

LIV8. [IF LIV6=1 CONTINUE, ELSE GO TO LIV9]

¿Se le pedirá o forzará que deje el lugar donde vive en los siguientes 14 días?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

LIV9. ¿Alguna vez usted NO ha tenido un lugar donde vivir?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

LIV10. [IF LIV1=4,5,6,7,8,9,10,11, 12 OR IF LIV4=2 CONTINUE AND IF LIV9=1 CONTINUE, ELSE GO TO LIV15a]

[IF INTAGE GE 18] ¿Cuándo fue la última vez que usted o su familia tuvieron un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?

[IF INTAGE LE 12] ¿Cuándo fue la última vez que la familia de {NAME} tuvo un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?

[IF INTAGE=13-17] ¿Cuándo fue la última vez que tu familia tuvo un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?

.....

LIV10_UNITS. (¿Cuándo fue la última vez que. . . tuvo un lugar donde vivir, tal como una casa, un apartamento o una habitación?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1=HACE DÍAS
- 2=HACE SEMANAS
- 3=HACE MESES
- 4=HACE AÑOS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

LIV11. Incluyendo la fecha de hoy. . .

[IF INTAGE GE18 FILL] ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el {3 YEAR REFERENCE DATE} **no** ha tenido un lugar donde vivir?

[IF INTAGE LE12 FILL] ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el {3 YEAR REFERENCE DATE}, la familia de {NAME} **no** ha tenido un lugar donde vivir?

[IF INTAGE = 13-17 FILL] ¿cuántas veces en los últimos 3 años, es decir, desde el {3 YEAR REFERENCE DATE}, tu familia **no** ha tenido un lugar donde vivir?

- 1=1 VEZ
- 2 = 2 VECES
- 3 = 3 VECES
- 4 = 4 VECES
- 5 = 5 VECES
- 6 = 6 O MÁS VECES

.....

LIV12. [IF LIV1=4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 OR IF LIV5=2 AND IF LIV9=1]

[IF LIV5=2] Incluyendo la fecha de hoy.

[IF INTAGE GE 18] ¿Cuántas veces en su vida usted **no** ha tenido un lugar donde vivir?

[IF INTAGE LE 12] ¿Cuántas veces en la vida de {NAME} **no** ha tenido la familia de {él/ella} un lugar donde vivir?

[IF INTAGE=13-17] ¿Cuántas veces en tu vida, tu familia **no** ha tenido un lugar donde vivir?

- 1 = 1 VEZ
- 2 = 2 VECES
- 3 = 3 VECES
- 4 = 4 VECES
- 5 = 5 VECES
- 6 = 6 O MÁS VECES

.....

LIV13. ¿Qué edad tenía {usted/NAME} la primera vez no tuvo un lugar donde vivir?

_____ AGE [**ALLOW 000-109**]

PROGRAMMER: AGE CHECK SO AGE REPORTED HERE IS NOT HIGHER THAN AGE REPORTED FROM INTDOB OR INTAGE.

.....

LIV14. Si contara todas las veces en {su vida/la vida de NAME} en las que {usted/él/ella} no tuvo un lugar donde vivir, ¿cuánto tiempo sería eso?

.....

LIV14_UNITS. (Si contara todas las veces en {su vida/la vida de NAME} en las que {usted/él/ella} no tuvo un lugar donde vivir, ¿cuánto tiempo sería eso?)

INTERVIEWER: ENTER RESPONSE UNIT

- 1= DÍAS
- 2= SEMANAS
- 3= MESES
- 4= AÑOS

[HARD CHECK REQUIRED]

.....

LIV15a. Le voy a leer varias declaraciones que las personas han hecho sobre su situación de alimentos en los últimos 12 meses. Para cada una de estas declaraciones, dígame si la declaración fue cierta con frecuencia, a veces cierta o nunca fue cierta.

La comida que compré no alcanzaba y no tenía suficiente dinero para comprar más.

¿Diría usted que esto fue con frecuencia cierto, a veces cierto o nunca cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

- 1=CON FRECUENCIA CIERTO
- 2=A VECES CIERTO
- 3=NUNCA CIERTO

.....

LIV15b. (Le voy a leer varias declaraciones que las personas han hecho sobre su situación de alimentos en los últimos 12 meses).

No me alcanzaba el dinero para comer alimentos balanceados.

¿Diría usted que con frecuencia fue cierto, a veces cierto o nunca cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

- 1=CON FRECUENCIA CIERTO
- 2=A VECES CIERTO
- 3=NUNCA CIERTO

.....

LIV15c. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos o dejó de comer alguna comida porque no tenía suficiente dinero para comprar alimentos?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

LIV15d. [IF LIV15c=1 CONTINUE, ELSE GO TO LIV15e]

¿Con qué frecuencia sucedió esto, casi una vez al mes, algunos meses pero no cada mes o solo uno o dos meses?

- 1= CASI UNA VEZ AL MES
- 2= ALGUNOS MESES PERO NO CADA MES
- 3= SOLO UNO O DOS MESES

.....
LIV15e. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que pensó que debería comer porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
LIV15f. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para comprar alimentos? Piense en el hambre que usted puede haber tenido usted y no en el hambre de otras personas en su hogar.

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
MODULE P: NEIGHTBORHOOD CHARACTERISTICS

Las siguientes preguntas son acerca de su comunidad.

NEI1. ¿Qué tan seguro(a) se siente en su comunidad?

- 1= Muy seguro(a)
- 2= Algo seguro(a)
- 3= Algo inseguro(a)
- 4= Muy inseguro(a)

.....
NEI2. ¿Cómo calificaría usted su comunidad como un lugar para criar niños? ¿Diría que es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

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

NEI3. ¿Cómo calificaría la condición de la calle en la manzana o cuadra donde vive usted?

- 1=Muy buena condición – La calle ha sido repavimentada hace poco o está lisa y pareja
 - 2=Moderada – La calle se mantiene en buen estado
 - 3=Regular – La calle solo necesita reparaciones menores
 - 4=Mala condición – La calle tiene hoyos o baches u otros signos de negligencia
-

NEI4. En general, ¿cuánto cree usted que se puede confiar en las personas que viven en su comunidad? ¿Diría que se puede confiar en sus vecinos mucho, algo, solo un poco o nada?

- 1=MUCHO
 - 2=ALGO
 - 3=SOLO UN POCO
 - 4=NUNCA
-

NEI 5. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tuvo una conversación con algún vecino? ¿Diría que nunca, una o dos veces, una vez a la semana o menos, o más de una vez a la semana?

- 1=NUNCA
 - 2=UNA O DOS VECES
 - 3=UNA VEZ A LA SEMANA O MENOS
 - 4=MÁS DE UNA VEZ A LA SEMANA
-

NEI 6. ¿Cómo calificaría la calidad actual de las escuelas públicas a las que asisten los niños en su comunidad? ¿Diría que es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

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

NEI 7. ¿Cuál de los lugares a continuación describe mejor el área inmediata o la calle (una manzana, de ambos lados) donde vive usted?

- 1= Granja en zona rural
- 2= Pueblo en zona rural
- 3= Zona suburbana

4= Zona urbana (en la ciudad)

5= Otro

.....

NEI 8. ¿Qué tan cerca de su casa está el área pública, parque o parque infantil más cercanos?

1= A menos de media milla

2= Más de media milla, pero menos de una milla

3= Más de una milla, pero menos de 2 millas

4= A 2 o más millas de distancia

.....

MODULE Q: INCOME AND ASSETS

INC1a. Cuando {usted/NAME} va a {REFERENCE HEALTH CENTER}, ¿le cobra {REFERENCE HEALTH CENTER} menos por los servicios que le brindan debido a su nivel de ingresos?

1=SÍ

2=NO

.....
INC1b.

Las siguientes preguntas son acerca del ingreso total de {su familia/la familia de NAME} en {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT} **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, discapacidad o de sobreviviente; e
 - Ingresos provenientes de intereses o inversiones.

¿Cuál es su mejor estimado del ingreso total de {su hogar/el hogar de NAME}? 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 {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT}?

\$ _____ DOLLARS [ALLOW 000,000-999,995]

.....
INC1b1. [IF INC1b= DK OR RF CONTINUE, ELSE GO TO INC1c]

¿Fue el ingreso total de {su familia/de la familia de NAME} en los **últimos 12 meses**. . .?

- 1=Menos de \$35,000 dólares
- 2= \$35,000 dólares o más

.....
INC1b1b. [IF INC1b1= 1 CONTINUE ELSE GO TO INC1b2]

Nos gustaría obtener un mejor estimado sobre el ingreso total de su **hogar** en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue. . .?

- 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. [IF INC1b1a= 2 CONTINUE, ELSE GO TO INC1c.]

Nos gustaría obtener un mejor estimado sobre el ingreso total de su **hogar** en los **últimos 12 meses** antes de impuestos. ¿Fue. . .?

- 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. [IF INC1b NE DK, RE CONTINUE, ELSE GO TO INC1d]

{Incluyéndose usted/Incluyendo a ^NAME}, ¿cuántas personas de su hogar vivieron de esos ingresos en {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT}?

_____ FAMILY MEMBERS [ALLOW 01-20]

SOFT CHECK: Esta pregunta es importante, por favor dé una respuesta.

INC1d. [IF INC1b or INC1b1=DK, RE CONTINUE, ELSE GO TO INC3a] Ya que usted no pudo proporcionarnos un estimado de los ingresos de {su familia/la familia de NAME} en {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT}, ¿puede decirme cuántos miembros de su familia vivieron de los ingresos de {su familia/de la familia de NAME}, {incluyéndose usted/incluyendo a NAME}?

_____ FAMILY MEMBERS [ALLOW 01-20]

.....
 IF INC1c OR INC1d NOT EQUAL TO DK OR RE, CONTINUE ELSE GOTO INC3a

Note: Poverty threshold tables will be updated when 2019 tables are available.

Umbrales de pobreza de 2018 de acuerdo al tamaño de la familia y número de niños relacionados de menos de 18 años – 48 estados contiguos + DC

Tamaño de la unidad familiar	FPL (promedio ponderado)
Una persona (individuo no relacionado)	\$ 12,060 dólares
Dos personas	16,240 dólares
Tres personas	20,420 dólares
Cuatro personas	24,600 dólares
Cinco personas	28,780 dólares
Seis personas	32,960 dólares
Siete personas	37,140 dólares
Ocho personas	41,320 dólares
Para familias/hogares con más de 8 personas, sume \$4,180 dólares por cada persona adicional.	
Fuente: Registro Federal – Publicado enero de 2018	

Umbrales de pobreza de 2018 de acuerdo al tamaño de la familia y número de niños relacionados de menos de 18 años – Alaska

--	--

Tamaño de la unidad familiar	FPL (promedio ponderado)
Una persona (individuo no relacionado)	\$15,180 dólares
Dos personas	20,580 dólares
Tres personas	25,980 dólares
Cuatro personas	31,380 dólares
Cinco personas	36,780 dólares
Seis personas	42,180 dólares
Siete personas	47,580 dólares
Ocho personas	52,980 dólares
Para familias/hogares con más de 8 personas, sume \$4,180 dólares por cada persona adicional.	
Fuente: Registro Federal – Publicado enero de 2018	

Umbral de pobreza de 2018 de acuerdo al tamaño de la familia y número de niños relacionados de menos de 18 años – Hawái

Tamaño de la unidad familiar	FPL (promedio ponderado)
Una persona (individuo no relacionado)	\$13,960 dólares
Dos personas	18,930 dólares
Tres personas	23,900 dólares
Cuatro personas	28,870 dólares
Cinco personas	33,840 dólares
Seis personas	38,810 dólares
Siete personas	43,780 dólares
Ocho personas	48,750 dólares
Para familias/hogares con más de 8 personas, sume \$4,180 dólares por cada persona adicional.	

Fuente: Registro Federal – Publicado Enero de 2018

INC2.

[USE TABLE AND RESPONSE TO INC1c TO DETERMINE FILLS FOR FPL AND 2XFPL BELOW].

Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿fue el ingreso total de {su familia/ la familia de NAME} de todas las fuentes de ingresos menos de {FILL FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1c}, más de {FILL FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1c} pero menos de {FILL 2X FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1c} o [FILL 2X FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1c] o más?

[IF RESPONDENT SAYS DK – AUTOMATICALLY REPEAT QUESTION AND ASK RESPONDENT TO GIVE US THEIR BEST ESTIMATE.]

1=MENOS DE {FILL FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1d}
2=MÁS DE {FILL FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1d} PERO MENOS DE {FILL 2X FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1c}
3= {FILL 2X FAMILY POVERTY LEVEL BASED ON RESPONSE TO INC1d} O MÁS

.....

INC3a. Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?

¿Cupones para alimentos?

1=SÍ
2=NO

.....

INC3b. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} 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?

1=SÍ
2=NO

.....

INC3c. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} 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?

1=SÍ
2=NO

.....

INC3d. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Sección 8 o vales de elección de vivienda?

1=SÍ
2=NO

INC3e. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Proyectos habitacionales basados en la Sección 8?

1=SÍ
2=NO

.....

INC3f. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Vivienda pública?

1=SÍ
2=NO

.....

INC3g. (Durante el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4-DIGIT FORMAT}, ¿recibió {usted/NAME} o alguien más en su hogar alguno de los siguientes tipos de asistencia pública?)

¿Algún otro tipo de ayuda del gobierno?

1=SÍ
2=NO

.....

MODULE R: DEMOGRAPHICS

DMO_INT.

Solo nos quedan algunas preguntas.

1=CONTINUE

POSTLOGIC: [IF INT_TENPAR=1 GO TO DMO4, ELSE CONTINUE]

.....
DMO5. [IF INT3=2 CONTINUE, ELSE GO TO DMO5_M] [IF INTAGE GE 13 CONTINUE,
ELSE GO TO DMO1]

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se considera usted misma?

- 1= Lesbiana o gay
- 2= Heterosexual o “straight”, es decir, no es lesbiana o gay
- 3= Bisexual
- 4= Otra cosa
- 5= No sé la respuesta

.....
DMO5_M. [IF INT3=1 CONTINUE, ELSE GO TO DMO1] [IF INTAGE GE 13 CONTINUE,
ELSE GO TO DMO1]

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se considera usted mismo?

- 1= Gay
- 2= Heterosexual o “straight”, es decir, no es gay
- 3= Bisexual
- 4= Otra cosa
- 5= No sé la respuesta

.....
DMO6a. [IF INTAGE >=13 CONTINUE, ELSE GO TO DMO1]

¿Actualmente se describe usted a sí mismo(a) como hombre, mujer o transgénero?

- 1=HOMBRE
- 2=MUJER
- 3=TRANSGÉNERO
- 4=NINGUNO DE ESOS

.....
DMO6b. [IF INT3=1 and DMO6a=2] OR [IF INT3=2 and DMO6a =1] OR [DMO6a=3 OR 4
CONTINUE, ELSE GO TO DMO1]

Solo para confirmar, usted fue asignado(a) como {IF INT3=1: FILL “hombre” } {IF INT3=2: FILL
“mujer”} al nacer y ahora se describe a sí mismo(a) como {IF DMO6a=1: FILL “hombre”} {IF
DMO6a=2: FILL “mujer”} { DMO6a=3: FILL “transgénero”} {IF DMO6a=4: FILL “ninguno de
esos”}. ¿Es eso correcto?

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=DON'T KNOW
- 4=REFUSED

.....
DMO1. ¿Nació {usted/NAME} en los Estados Unidos?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DMO1a. [IF DMO1=2 CONTINUE, ELSE GOTO DMO3]

¿En qué país nació {usted/NAME}?

_____ [LIST COUNTRIES SHOWN IN DOM3a BELOW]

.....
DMO2. ¿En qué año vino {usted/NAME} a los Estados Unidos?

_____ AÑO [ALLOW 1910–2020]

.....
DMO3. ¿Nació {su padre/ el padre de NAME} en los Estados Unidos?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DMO3a. [IF DMO3=2 CONTINUE, ELSE GO TO DOM3b]

¿En qué país nació {su padre/ el padre de NAME}?

_____ [LIST COUNTRIES]

- 1 Bermuda
- 2 Canada
- 3 Greenland
- 4 Saint Pierre and Miquelon
- 5 Anguilla
- 6 Antigua and Barbuda
- 7 Aruba
- 8 Bahamas
- 9 Barbados
- 10 British Virgin Islands
- 11 Cayman Islands
- 12 Cuba
- 13 Dominica
- 14 Dominican Republic
- 15 Grenada
- 16 Guadeloupe
- 17 Haiti
- 18 Jamaica
- 19 Martinique
- 20 Montserrat
- 21 Netherlands Antilles
- 22 Puerto Rico
- 23 Saint-Barthelemy
- 24 Saint Kitts and Nevis
- 25 Saint Lucia
- 26 Saint Martin (France)
- 27 Saint Vincent and the Grenadines
- 28 Trinidad and Tobago
- 29 Turks and Caicos Islands
- 30 Belize

- 31 Costa Rica
- 32 El Salvador
- 33 Guatemala
- 34 Honduras
- 35 Mexico
- 36 Nicaragua
- 37 Panama
- 38 Argentina
- 39 Bolivia
- 40 Brazil
- 41 Chile
- 42 Colombia
- 43 Ecuador
- 44 Falkland Islands (Malvinas)
- 45 French Guiana
- 46 Guyana
- 47 Paraguay
- 48 Peru
- 49 Suriname
- 50 Uruguay
- 51 Venezuela
- 52 Belarus
- 53 Bulgaria
- 54 Czech Republic
- 55 Hungary
- 56 Poland
- 57 Moldova
- 58 Romania
- 59 Russian Federation
- 60 Slovakia
- 61 Ukraine

- 62 Aland Islands
- 63 Channel Islands
- 64 Denmark
- 65 Estonia
- 66 Faeroe Islands
- 67 Finland
- 68 Guernsey
- 69 Iceland
- 70 Republic of Ireland
- 71 Isle of Man
- 72 Jersey
- 73 Latvia
- 74 Lithuania
- 75 Norway
- 76 Svalbard and Jan Mayen Islands
- 77 Sweden
- 78 United Kingdom
- 79 Austria
- 80 Belgium
- 81 France
- 82 Germany
- 83 Liechtenstein
- 84 Luxembourg
- 85 Monaco
- 86 Netherlands
- 87 Switzerland
- 88 Albania
- 89 Andorra
- 90 Bosnia and Herzegovina
- 91 Croatia
- 92 Gibraltar

- 93 Greece
- 94 Vatican City
- 95 Italy
- 96 Malta
- 97 Montenegro
- 98 Portugal
- 99 Republic of Macedonia
- 100 San Marino
- 101 Serbia
- 102 Slovenia
- 103 Spain
- 104 Australia
- 105 New Zealand
- 106 Norfolk Island
- 107 Fiji
- 108 New Caledonia
- 109 Papua New Guinea
- 110 Solomon Islands
- 111 Vanuatu
- 112 Guam
- 113 Kiribati
- 114 Marshall Islands
- 115 Micronesia (Federated States of)
- 116 Nauru
- 117 Northern Mariana Islands
- 118 Palau
- 119 American Samoa
- 120 Cook Islands
- 121 French Polynesia
- 122 Niue
- 123 Pitcairn

124	Samoa
125	Tokelau
126	Tonga
127	Tuvalu
128	Wallis and Futuna Islands
129	Burundi
130	Comoros
131	Djibouti
132	Eritrea
133	Ethiopia
134	Kenya
135	Madagascar
136	Malawi
137	Mauritius
138	Mayotte
139	Mozambique
140	Reunion
141	Rwanda
142	Seychelles
143	Somalia
144	Uganda
145	United Republic of Tanzania
146	Zambia
147	Zimbabwe
148	Angola
149	Cameroon
150	Central African Republic
151	Chad
152	Democratic Republic of the Congo
153	Equatorial Guinea
154	Gabon

155	Republic of the Congo
156	Algeria
157	Egypt
158	Libya
159	Morocco
160	Sudan
161	Tunisia
162	Western Sahara
163	Botswana
164	Lesotho
165	Namibia
166	South Africa
167	Swaziland
168	Benin
169	Burkina Faso
170	Cape Verde
171	Cote d'Ivoire
172	Gambia
173	Ghana
174	Guinea
175	Guinea-Bissau
176	Liberia
177	Mali
178	Mauritania
179	Niger
180	Nigeria
181	Saint Helena
182	Senegal
183	Sierra Leone
184	Togo
185	Kazakhstan

- 186 Kyrgyzstan
- 187 Tajikistan
- 188 Turkmenistan
- 189 Uzbekistan
- 190 Afghanistan
- 191 Bangladesh
- 192 Bhutan
- 193 India
- 194 Iran
- 195 Maldives
- 196 Nepal
- 197 Pakistan
- 198 Sri Lanka
- 199 Armenia
- 200 Azerbaijan
- 201 Bahrain
- 202 Cyprus
- 203 Georgia
- 204 Iraq
- 205 Israel
- 206 Jordan
- 207 Kuwait
- 208 Lebanon
- 209 Oman
- 210 Palestinian territories (West Bank and Gaza Strip)
- 211 Qatar
- 212 Saudi Arabia
- 213 Syrian Arab Republic
- 214 Turkey
- 215 United Arab Emirates
- 216 Yemen

- 217 China - the People's Republic of China (including Hong Kong and Macao)
- 218 Taiwan (the Republic of China)
- 219 Japan
- 220 Mongolia
- 221 North Korea
- 222 South Korea
- 223 Brunei Darussalam
- 224 Cambodia
- 225 Indonesia
- 226 Lao People's Democratic Republic
- 227 Malaysia
- 228 Myanmar (Burma)
- 229 Philippines
- 230 Singapore
- 231 Thailand
- 232 Timor-Leste
- 233 Vietnam
- 234 Other

.....

.....

DMO3b. ¿Nació {su madre/ la madre de NAME} en los Estados Unidos?

- 1=SÍ
 - 2=NO
-

DMO3c. [IF DMO3b=2 CONTINUE, ELSE GO TO DMO4.]

¿En qué país nació {su madre/ la madre de NAME}?

_____ [LIST COUNTRIES]

- 1 Bermuda
- 2 Canada
- 3 Greenland
- 4 Saint Pierre and Miquelon
- 5 Anguilla
- 6 Antigua and Barbuda
- 7 Aruba
- 8 Bahamas
- 9 Barbados
- 10 British Virgin Islands
- 11 Cayman Islands
- 12 Cuba
- 13 Dominica
- 14 Dominican Republic
- 15 Grenada
- 16 Guadeloupe
- 17 Haiti
- 18 Jamaica
- 19 Martinique
- 20 Montserrat
- 21 Netherlands Antilles
- 22 Puerto Rico
- 23 Saint-Barthelemy
- 24 Saint Kitts and Nevis
- 25 Saint Lucia
- 26 Saint Martin (France)
- 27 Saint Vincent and the Grenadines
- 28 Trinidad and Tobago
- 29 Turks and Caicos Islands
- 30 Belize
- 31 Costa Rica

- 32 El Salvador
- 33 Guatemala
- 34 Honduras
- 35 Mexico
- 36 Nicaragua
- 37 Panama
- 38 Argentina
- 39 Bolivia
- 40 Brazil
- 41 Chile
- 42 Colombia
- 43 Ecuador
- 44 Falkland Islands (Malvinas)
- 45 French Guiana
- 46 Guyana
- 47 Paraguay
- 48 Peru
- 49 Suriname
- 50 Uruguay
- 51 Venezuela
- 52 Belarus
- 53 Bulgaria
- 54 Czech Republic
- 55 Hungary
- 56 Poland
- 57 Moldova
- 58 Romania
- 59 Russian Federation
- 60 Slovakia
- 61 Ukraine
- 62 Aland Islands

- 63 Channel Islands
- 64 Denmark
- 65 Estonia
- 66 Faeroe Islands
- 67 Finland
- 68 Guernsey
- 69 Iceland
- 70 Republic of Ireland
- 71 Isle of Man
- 72 Jersey
- 73 Latvia
- 74 Lithuania
- 75 Norway
- 76 Svalbard and Jan Mayen Islands
- 77 Sweden
- 78 United Kingdom
- 79 Austria
- 80 Belgium
- 81 France
- 82 Germany
- 83 Liechtenstein
- 84 Luxembourg
- 85 Monaco
- 86 Netherlands
- 87 Switzerland
- 88 Albania
- 89 Andorra
- 90 Bosnia and Herzegovina
- 91 Croatia
- 92 Gibraltar
- 93 Greece

- 94 Vatican City
- 95 Italy
- 96 Malta
- 97 Montenegro
- 98 Portugal
- 99 Republic of Macedonia
- 100 San Marino
- 101 Serbia
- 102 Slovenia
- 103 Spain
- 104 Australia
- 105 New Zealand
- 106 Norfolk Island
- 107 Fiji
- 108 New Caledonia
- 109 Papua New Guinea
- 110 Solomon Islands
- 111 Vanuatu
- 112 Guam
- 113 Kiribati
- 114 Marshall Islands
- 115 Micronesia (Federated States of)
- 116 Nauru
- 117 Northern Mariana Islands
- 118 Palau
- 119 American Samoa
- 120 Cook Islands
- 121 French Polynesia
- 122 Niue
- 123 Pitcairn
- 124 Samoa

125	Tokelau
126	Tonga
127	Tuvalu
128	Wallis and Futuna Islands
129	Burundi
130	Comoros
131	Djibouti
132	Eritrea
133	Ethiopia
134	Kenya
135	Madagascar
136	Malawi
137	Mauritius
138	Mayotte
139	Mozambique
140	Reunion
141	Rwanda
142	Seychelles
143	Somalia
144	Uganda
145	United Republic of Tanzania
146	Zambia
147	Zimbabwe
148	Angola
149	Cameroon
150	Central African Republic
151	Chad
152	Democratic Republic of the Congo
153	Equatorial Guinea
154	Gabon
155	Republic of the Congo

156	Algeria
157	Egypt
158	Libya
159	Morocco
160	Sudan
161	Tunisia
162	Western Sahara
163	Botswana
164	Lesotho
165	Namibia
166	South Africa
167	Swaziland
168	Benin
169	Burkina Faso
170	Cape Verde
171	Cote d'Ivoire
172	Gambia
173	Ghana
174	Guinea
175	Guinea-Bissau
176	Liberia
177	Mali
178	Mauritania
179	Niger
180	Nigeria
181	Saint Helena
182	Senegal
183	Sierra Leone
184	Togo
185	Kazakhstan
186	Kyrgyzstan

187	Tajikistan
188	Turkmenistan
189	Uzbekistan
190	Afghanistan
191	Bangladesh
192	Bhutan
193	India
194	Iran
195	Maldives
196	Nepal
197	Pakistan
198	Sri Lanka
199	Armenia
200	Azerbaijan
201	Bahrain
202	Cyprus
203	Georgia
204	Iraq
205	Israel
206	Jordan
207	Kuwait
208	Lebanon
209	Oman
210	Palestinian territories (West Bank and Gaza Strip)
211	Qatar
212	Saudi Arabia
213	Syrian Arab Republic
214	Turkey
215	United Arab Emirates
216	Yemen
217	China - the People's Republic of China (including Hong Kong

- andMacao)
- 218 Taiwan (the Republic of China)
 - 219 Japan
 - 220 Mongolia
 - 221 North Korea
 - 222 South Korea
 - 223 Brunei Darussalam
 - 224 Cambodia
 - 225 Indonesia
 - 226 Lao People's Democratic Republic
 - 227 Malaysia
 - 228 Myanmar (Burma)
 - 229 Philippines
 - 230 Singapore
 - 231 Thailand
 - 232 Timor-Leste
 - 233 Vietnam
 - 234 Otro

.....

DMO4. [IF INTAGE =13-17 GOTO DMO8a, ELSE CONTINUE]

¿Cuál es el grado o año escolar **más avanzado** que usted ha **completado**?

- 0=NUNCA FUE A LA ESCUELA
- 1=KINDERGARTEN
- 2=1er GRADO
- 3=2º GRADO
- 4=3^{er} GRADO
- 5=4º GRADO
- 6=5º GRADO
- 7=6º GRADO
- 8=7º GRADO
- 9=8º GRADO
- 10=9º 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. [IF DMO4=22 CONTINUE, ELSE GO TO DMO7]

Por favor, describa el grado o año escolar **más avanzado** que usted ha **completado**.

_____ [ALLOW 60]

.....
DMO7. ¿Cuántas veces se ha mudado {usted/NAME} en los **últimos 12 meses**, es decir desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}?

- 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. [IF DMO7=1-8 CONTINUE, ELSE GO TO DMO9]

¿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.

- 9=0
- 1=1
- 2=2
- 3=3
- 4=4
- 5=5
- 6=6-10
- 7=11-15
- 8=MORE THAN 15

.....
.....

DMO9. [IF INTAGE =13-17 GOTO END, ELSE CONTINUE]

¿Es usted. . .

- 1= Casado(a)
- 2= Tiene una pareja
- 3= Viudo(a)
- 4= Divorciado(a)
- 5 = Separado(a)
- 6= Nunca se ha casado

.....

DMO9a. [IF DMO9=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GO TO DMO10]

¿Vive usted con su esposo(a) o con su pareja?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DMO10.

¿Alguna vez ha estado en servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Reserva militar o la Guardia Nacional?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DMO10a. [IF DMO10=1 CONTINUE, ELSE GO TO DMO11]

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su servicio militar en los Estados Unidos?

- 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. [IF DMO10a=3, 4 OR 5 CONTINUE, ELSE GO TO DMO11]

¿Cumple usted los requisitos para recibir beneficios de veteranos? ¿Diría que Sí, No, o la Administración de Veteranos no ofrece cobertura para su afección médica?

- 1=SÍ
- 2=NO
- 3=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE MI AFECCIÓN

.....
DMO10b_OTH. [IF DMO10b=3 CONTINUE, ELSE GO TO DMO10c]

¿Qué afección o tratamiento médico no le cubre la Administración de Veteranos?

_____ [ALLOW 80]

.....
DMO10c. [IF DMO10b=1 CONTINUE, ELSE GO TO DMO11]

En los **últimos 12 meses**, es decir, desde el {12 MONTH REFERENCE DATE}, ¿ha recibido atención médica en un centro para veteranos de las fuerzas armadas?

- 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?

- 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. [IF DMO11=2, 3 OR 5 CONTINUE; IF DMO11=1 GO TO DMO11b; IF DMO11=4 GO TO DMO11c; IF DMO11=DK OR RE GO TO DMO12]

¿Cuál es la razón principal por la que no...

[IF DMO11=2] trabajó la semana pasada?
[IF DMO11= 3 OR] tuvo trabajo o negocio la semana pasada?

- 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 DEBIDO A LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS (COVID-19)
- 7=SIN PODER TRABAJAR TEMPORALMENTE POR OTROS MOTIVOS DE SALUD
- 8=CON UN TRABAJO/UN CONTRATO Y EN TEMPORADA BAJA
- 9=DESPEDIDO(A) POR RECORTE DE PERSONAL
- 10=DISCAPACIDAD
- 11=OTRA RAZÓN

.....

DMO11a_OTH. [IF DMO11a=11 CONTINUE, ELSE GO TO DMO11b]

¿Cuál es la otra razón por la que no...

[IF DMO11=2] trabajó la semana pasada?
[IF DMO11= 3 OR 5] tuvo trabajo o negocio la semana pasada?

_____ [ALLOW 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?

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 trabajó **normalmente** la semana pasada en **todos** sus empleos o negocios?

_____HORAS [ALLOW 000-120]

.....
DMO11d. [IF (DMO11c LE 34, RE OR DK) AND (DMO11 = 1 OR 4) CONTINUE, ELSE GO TO DMO11g]

¿Trabaja usted **normalmente** 35 horas o más por semana en total en **todos** sus empleos o negocios?

1=SÍ
2=NO

.....
DMO11f. [IF DMO11=1 OR 4 CONTINUE, ELSE GO TO DMO11g]

¿Recibe normalmente pago cuando pide permiso por enfermedad en este empleo o negocio?

1=SÍ
2=NO

.....
DMO11g. Ahora, tengo unas preguntas sobre el trabajo que realizó en el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT}.

¿Tuvo un trabajo con paga en algún momento en el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT}?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DMO11h. [IF DMO11g=1 CONTINUE, ELSE GO TO DMO12]

¿Cuántos meses en el año {LAST CALENDAR YEAR IN 4 DIGIT FORMAT} tuvo por lo menos un trabajo o negocio?

_____MONTHS [ALLOW 00-12]

.....
DMO11j. [IF DMO11h GE 1 CONTINUE, ELSE GO TO DMO12]

¿Cubre su empleo o negocio **algunos** de los costos de seguro médico para **algunos** de los empleados?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....
DMO11k. [IF INS7=2 AND DMO11j=2 CONTINUE, ELSE GO TO DMO12].

¿Por qué no está incluido(a) usted en el plan de seguro médico de su empleador?

CODE ALL THAT APPLY

- 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(A) RECHAZAN DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD
- 8= EL PAQUETE DE BENEFICIOS NO SATISFACE SUS NECESIDADES

9=OTRO

.....

DMO11k_OTH. [IF DMO11k=9 CONTINUE, ELSE GO TO DMO12]

¿Cuál es la otra razón por la que no está incluido en el plan de seguro médico de su empleador?

_____ [ALLOW 40]

.....

DMO12. [IF [SCREENER S2a] =1 CONTINUE, ELSE GO TO END]

¿Ha realizado trabajo agrícola en los **últimos 24 meses**, es decir desde el {24 MONTH REFERENCE DATE}?

- 1=SÍ
- 2=NO

.....

DMO12a. [IF DMO12=1 CONTINUE, ELSE GO TO END]

¿Actualmente trabaja para un agricultor o ganadero, contratista, servicio de empaque, una empacadora o un empleador no agrícola?

- 1= AGRICULTOR O GANADERO
- 2= CONTRATISTA
- 3= SERVICIO DE EMPAQUE
- 4= EMPACADORA
- 5= EMPLEADOR NO AGRÍCOLA
- 6=NO ESTÁ TRABAJANDO

.....

DMO12b. ¿Aproximadamente cuántos años ha realizado trabajo agrícola en los Estados Unidos?

NOTE: COUNT ANY YEAR IN WHICH 15 DAYS OR MORE WERE WORKED

_____ AÑO [ALLOW 000-109]

.....

DMO12c. ¿Aproximadamente cuántos años ha realizado trabajo no agrícola en los Estados Unidos?

NOTE: COUNT ANY YEAR IN WHICH 15 DAYS OR MORE WERE WORKED

_____ AÑO [ALLOW 000-109]

.....

DMO12d. ¿Aproximadamente cuántos meses durante los **últimos 12 meses**, es decir desde {12 MONTH REFERENCE DATE} ha estado en los Estados Unidos?

_____ MESES [ALLOW 00-12]

.....

END. Muchas gracias. Estas son todas las preguntas que tengo para usted el día de hoy.

1=CONTINUE