



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Número de veces

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

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

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

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

If the participant reports 1 or more, ask:

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

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

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

Número de veces

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

If the participant reports 1 or more, ask:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

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

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

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

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

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

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

No **GO TO QUESTION 25**

Sí

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

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

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

\_\_ \_ Número de veces

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

Nunca **GO TO QUESTION 26**

Sí

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

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

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

\_\_ \_ veces al día

\_\_ \_ veces a la semana

\_\_ \_ veces al mes

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

a. No [GO TO QUESTION 28]

b. Sí

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

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

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

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

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

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

a. Sí

b. No

c. Se negó a responder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

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

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

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

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

36. ¿Dónde nació?

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

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

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

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

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