



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

<p>1. ¿Hay algún lugar al que usted acude HABITUALMENTE cuando está enfermo o necesita orientación sobre su salud?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí, hay UN LUGAR <input type="checkbox"/> Sí, hay MÁS DE UN lugar <input type="checkbox"/> No, no hay NINGÚN lugar (pase a la P 3) <input type="checkbox"/> No lo sé (pase a la P 4)</p>
<p>2. ¿Qué tipo de lugar es? ¿Una clínica, consultorio médico, sala de emergencias o algún otro lugar?</p> <p><i>(En la P 1, si respondió "MÁS DE UN LUGAR", indique a qué lugar va con más frecuencia).</i></p> <p>Una vez que complete esta pregunta, pase a la P 4.</p>	<p><input type="checkbox"/> Clínica o centro médico <input type="checkbox"/> Consultorio médico u Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) <input type="checkbox"/> Sala de emergencias de un hospital o centro de atención de urgencia <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> No voy a un lugar con más frecuencia que a los otros <input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>3. Si no tiene un lugar habitual al que acudir cuando está enfermo o necesita orientación sobre su salud, ¿cuáles son los motivos? (Seleccione todo lo que corresponda)</p>	<p><input type="checkbox"/> No necesita un médico <input type="checkbox"/> Siente desconfianza o rechazo por los médicos <input type="checkbox"/> No sabe a dónde ir <input type="checkbox"/> El médico anterior no está disponible o se mudó <input type="checkbox"/> Es demasiado costoso o no tiene seguro <input type="checkbox"/> Habla un idioma diferente al inglés <input type="checkbox"/> La atención no le es conveniente (la ubicación es lejos o el horario no se ajusta al suyo) <input type="checkbox"/> Tiende a postergar la búsqueda de atención <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>4. ¿Hay algún lugar al que acuda HABITUALMENTE cuando necesita atención de rutina o preventiva, como un examen físico o un chequeo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí, hay UN LUGAR <input type="checkbox"/> Sí, hay MÁS DE UN lugar <input type="checkbox"/> No, no hay NINGÚN lugar (pase a la P 6) <input type="checkbox"/> No lo sé (pase a la P 7)</p>
<p>5. ¿A qué tipo de lugar acude HABITUALMENTE cuando necesita atención de rutina o preventiva, como un examen físico o un chequeo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No recibo atención preventiva en ningún lado <input type="checkbox"/> Clínica o centro médico <input type="checkbox"/> Consultorio médico u Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)</p>



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

<p><i>(En la P 4, si respondió "MÁS DE UN LUGAR", indique a qué lugar va con más frecuencia).</i></p> <p>Una vez que complete esta pregunta, pase a la P 7.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sala de emergencias de un hospital o centro de atención de urgencia</p> <p><input type="checkbox"/> Otro lugar</p> <p><input type="checkbox"/> No voy a un lugar con más frecuencia que a los otros</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>6. Si no tiene una fuente habitual de atención de rutina o preventiva, ¿cuáles son los motivos? (Seleccione todo lo que corresponda)</p>	<p><input type="checkbox"/> No necesita un médico</p> <p><input type="checkbox"/> Siente desconfianza o rechazo por los médicos</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe a dónde ir</p> <p><input type="checkbox"/> El médico anterior no está disponible o se mudó</p> <p><input type="checkbox"/> Es demasiado costoso o no tiene seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Habla un idioma diferente al inglés</p> <p><input type="checkbox"/> La atención no le es conveniente (la ubicación es lejos o el horario no se ajusta al suyo)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiende a postergar la búsqueda de atención</p> <p><input type="checkbox"/> Otra</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>7. <u>Durante los últimos 12 meses</u>, ¿recibió atención DOMICILIARIA de un enfermero u otro profesional de la salud?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>8. <u>Durante los últimos 12 meses</u>, ¿cuántas veces ha consultado a un médico u otro profesional de la salud sobre su salud en el consultorio de un médico, una clínica o algún otro lugar?</p> <p><i>(Incluya médicos, osteópatas, asistentes médicos, enfermeros especializados, enfermeros, técnicos de laboratorio y técnicos que administran vacunas, paramédicos y fisioterapeutas. No incluya las veces que estuvo internado, las consultas a las salas de emergencia de un hospital, las consultas domiciliarias, las consultas al dentista, los centros de diálisis o las llamadas telefónicas)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 10-11</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 12-13</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 14-15</p> <p><input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 16 o más</p> <p><input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> 8-9</p>
<p>9. <u>Durante los últimos 12 meses</u>, ¿estuvo internado en un hospital?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé</p>



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

<p>(No incluye la internación por una noche en una sala de emergencias)</p>	
10. Durante los últimos 12 meses, ¿fue usted un paciente de la sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
11. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consultado o hablado sobre su salud con un profesional de la salud mental como un psicólogo, psiquiatra, enfermero psiquiátrico o trabajador social clínico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
12. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un médico u otro profesional de la salud o habló con ellos sobre su salud? (Incluya los médicos que lo atendieron mientras estuvo internado en un hospital)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Hace 6 meses o menos <input type="checkbox"/> Hace más de 6 meses, pero menos de un año <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año, pero menos de 2 <input type="checkbox"/> Hace más de 2 años, pero menos de 5 <input type="checkbox"/> Hace más de 5 años <input type="checkbox"/> No lo sé
13. ¿Cuenta con algún tipo de ayuda para pagar su atención médica? (Seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> HMO u otro seguro privado, como Blue Cross, Aetna, etc. <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Patrocinado por la administración de veteranos y militares <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> No lo sé

For Research Coordinator use only: CRF was:

Self-administered

Interviewer-administered