



**Participant ID:**

**Participant Initials:**

**Site:**

**Visit Number:**

**CRF Date:**

**RC ID:**

## SEGURO MÉDICO

1. ¿Tiene actualmente cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica?

	Con cobertura	Sin cobertura	No estoy seguro
a. Seguro a través de un empleador o sindicato actual o anterior (suyo o de otro integrante de la familia). Esto incluiría la cobertura COBRA.			
b. Seguro contratado directamente a una compañía de seguros (por usted u otro integrante de la familia). Esto incluiría la cobertura contratada a través de un centro comercial en línea (exchange o marketplace), como HealthCare.gov. [SI EL ENCUESTADO SE ENCUENTRA EN UN ESTADO CON NOMBRES ESPECÍFICOS DEL ESTADO, INGRESE [o (INGRESE EL NOMBRE DEL PROGRAMA)]]].			
c. Medicare, para personas mayores de 65 años o personas con ciertas discapacidades.			
d. Medicaid, Medical Assistance (MA), el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o cualquier tipo de plan de asistencia estatal o patrocinado por el gobierno basado en los ingresos o una discapacidad. Es posible que conozca este tipo de cobertura como [SI EL ENCUESTADO ESTÁ EN UN ESTADO CON NOMBRES ESPECÍFICOS DEL ESTADO INGRESE EL NOMBRE DEL PROGRAMA].			
e. TRICARE u otra atención médica militar, incluida la atención médica de VA.			
f. Servicio de salud para los indígenas.			
g. Cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o plan de cobertura médica.			

2. Si no seleccionó "Con cobertura" en ninguna de las opciones de la Pregunta 1, ¿significa que usted no cuenta actualmente con ningún seguro médico ni plan de cobertura médica? Para responder esta pregunta, no incluya los planes que paga solo por un tipo de servicio (como, por ejemplo, atención en un hogar de ancianos, accidentes, planificación familiar o atención dental) ni los planes que solo brindan efectivo adicional para las internaciones.



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## SEGURO MÉDICO

NO tengo seguro médico

Tengo un cierto tipo de seguro médico

a. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? \_\_\_\_\_

**For Research Coordinator use only:** CRF was:  Self-administered  Interviewer-administered