

**SPANISH VERSION**

**WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY**

**HEALTH CARE UTILIZATION**

**FORM 25**

**SECTION A: GENERAL INFORMATION**

A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE

□-□□-□□□□-□

A2. WIHS STUDY VISIT #:

\_\_\_ \_\_\_

A3. FORM VERSION:

0 / 4 / 0 / 1 / 0 / 4  
M D Y

A4. DATE OF INTERVIEW:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
M D Y

A5. INTERVIEWER'S INITIALS:

\_\_\_ \_\_\_

A6. DATE OF LAST STUDY VISIT  
(FROM VISIT CONTROL SHEET)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
M D Y

A7. TIME MODULE BEGAN:

□□:□□ AM.....1  
PM.....2

**INTRODUCTION TO PARTICIPANT:**

Ahora le voy a hacer preguntas sobre el uso que Ud. hace de los servicios de cuidado de salud.

WIHS ID #

**SECTION B: UTILIZATION OF SERVICES**

Para estas preguntas, voy a usar las palabras “trabajador de salud”, para referirme a cualquier médico, enfermera especializada, enfermera, auxiliar de médicos al que Ud. pueda recurrir para cuidado médico.

B1. Desde su visita al estudio en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, ha ido a ver a un trabajador de salud?  
M D Y

YES .....1  
NO .....2 (B5)

a. ¿Cuántas veces fue Ud. a ver a un trabajador de salud desde su visita al estudio en (MES)?

\_\_\_|\_\_\_|  
#TIMES

B2. Desde su visita al estudio en (MES), cuando recibió cuidado médico ¿fue Ud. generalmente (más de la mitad de las veces) al mismo trabajador de salud o al mismo grupo de profesionales médicos para sus citas médicas?

YES .....1  
NO .....2 (B3)

a. (Desde su visita al estudio en (MES)), ¿cuántas veces la ha visto este trabajador de salud o ese grupo de profesionales médicos?

\_\_\_|\_\_\_|  
# TIMES

B3. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 11.**

Desde su visita al estudio en (MES), a dónde fue generalmente (más de la mitad de las veces) para su cuidado médico?

- Consultorio médico o una clínica ..... 1
- Sala de emergencia en un hospital ..... 2
- Clínica de tratamiento para problemas de drogas..... 3
- Clínica de la prisión..... 4
- Ancianato ..... 5
- Unidad ó clinica movil ..... 6
- Otro lugar ..... 7

\_\_\_\_\_  
**(SPECIFY)**

WIHS ID #

B4. Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de todos los lugares en que Ud. puede haber recibido cuidado (desde su visita al estudio en (MES)). Desde (MES), ¿dónde recibió cuidado médico? ¿Fue en...

- |  | <u>YES</u> | <u>NO</u>     |
|--|------------|---------------|
| a. Un consultorio médico o una clínica .....   | 1          | 2             |
| b. Una sala de emergencia en un hospital.....  | 1          | 2 <b>(c)</b>  |
| i.) ¿Cuántas veces recibió atención en una sala de emergencia desde su visita al estudio en (MES)? |            |               |
|  | _ _        | #TIMES        |
| c. Clínica de tratamiento para problemas de drogas .....   | 1          | 2             |
| d. Una clínica en una prisión .....  | 1          | 2             |
| e. Ancianato .....   | 1          | 2             |
| f. Unidad ó clinica movil .....  | 1          | 2             |
| e. Otro lugar .....  | 1          | 2 <b>(B5)</b> |

i.) \_\_\_\_\_  
**(SPECIFY)**

**IF B4bi > 3, ASSESS NEED FOR REFERRAL**

B5. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre servicios sociales que quizás Ud. haya recibido en algún momento desde su visita al estudio en (MES). Desde su visita al estudio en (MES), ¿alguna agencia le ha ayudado con alimentos, por ejemplo cupones de alimentos, WIC, tales como los servicios que sirven comidas a domicilio (*meals on wheels*) o los establecimientos que sirven comidas gratis (*food pantries*), o alguna agencia que haya hecho arreglos para que los alimentos le sean llevados a su casa?

- YES .....1  
NO .....2

B6. Desde su visita al estudio en (MES), ¿alguna agencia de servicios sociales le ha ayudado a encontrar un lugar para vivir?

- YES .....1  
NO .....2

B7. Desde su visita al estudio en (MES), ¿la ha atendido algún dentista, aparte de los dentistas disponibles bajo este estudio?

- YES .....1  
NO .....2

B8. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido vista por un trabajador social o por una persona encargada de su caso (*case manager*) para ayudarle a obtener servicios?

- YES .....1  
NO .....2

WIHS ID #

B9. (Desde su visita al estudio en (MES)), ¿ha recibido servicios de enfermeras que la visitan en el hogar (*visiting nurse*)?

YES .....1  
NO .....2

B10. (Desde su visita al estudio en (MES)), ¿ha recibido atención o servicios de parte de asistentes que son pagados por los servicios rendidos, tales como auxiliares de salud que la visitan en el hogar (*home health aides*) o asistentes domésticos (*homemakers*)? Esto incluye a personas de su familia a las cuales se les ha pagado.

YES .....1  
NO .....2

B11. (Desde su visita al estudio en (MES)), ¿ha recibido servicios de un psiquiatra, un consejero o algún otro profesional de salud mental?

YES .....1  
NO .....2

WIHS ID #

**SECTION C: HEALTH INSURANCE**

C2. ¿Está cubierta actualmente por algún seguro de salud? Favor de incluir cualquier programa, ya sea un seguro privado y/o público (ejemplo: Medicaid, Medicare), seguro dental y programas para el pago de medicinas.

YES .....1  
 NO .....2 (C13)

**INSTRUCTIONS: ASK QUESTIONS C3 - C11. IF THE RESPONSE IS YES (CODE 1) ASK QUESTION “a” UNLESS THE BOX IS SHADED.**

<p><b>[READ C3; C5-C11]</b></p> <p><b>*CALIFORNIA ONLY:</b> <b>[READ C4-C11]</b></p> <p>Actualmente, ¿tiene Ud....</p>	<p>YES NO</p>	<p>a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro?</p> <p>YES NO</p>
<p>C3. ALL STATES EXCEPT CALIFORNIA: Medicaid?</p>	<p>1(C5) 2 (C5)</p>	
<p>C4. *CALIFORNIA ONLY: Medi-CAL?</p>	<p>1 2</p>	
<p>C5. Medicare?</p>	<p>1 2</p>	
<p>C6. Programa de Asistencia con las Drogas para el SIDA? (PADS)</p>	<p>1 2</p>	
<p>C7. CHAMPUS u otro seguro para veteranos?</p>	<p>1 2 (C8)</p>	
<p>C8. Seguro de Salud para Estudiantes?</p>	<p>1 2 (C9)</p>	<p>1 2</p>
<p>C9. Seguro privado (sin incluir Medicaid o Medicare)</p>	<p>1 2 (C10)</p>	<p>1 2</p>
<p>C10. Seguro Dental?</p>	<p>1 2</p>	
<p>C11. Otros tipos de seguro de salud?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>(SPECIFY)</b></p>	<p>1 2 (C12)</p>	

C12. ¿Alguno de estos planes le asiste a usted con recetas o medicinas?

YES .....1  
 NO .....2

WIHS ID #

C13. Desde su visita al estudio en (MES), ¿pagó dinero que no le fue reembolsado, por algún servicio médico que Ud. recibió, incluyendo dinero pagado por las medicinas recetadas por el profesional de salud que la atiende?

- YES .....1
- NO .....2      **(C14)**

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿qué cantidad de dinero propio (dinero que no le fue reembolsado por su seguro de salud) pagó Ud. por las visitas al médico?

- Menos de \$25 .....1
- \$25 a \$200 .....2
- \$201 a \$500 .....3
- Más de \$500 .....4

b. Desde su visita al estudio en (MES), ¿qué cantidad de dinero propio (dinero que no le fue reembolsado por su seguro de salud) pagó Ud. por medicinas recetadas?

- Menos de \$25 .....1
- \$25 a \$200 .....2
- \$201 a \$500 .....3
- Más de \$500 .....4

c. Desde su visita al estudio en (MES), ¿qué cantidad de dinero propio (dinero que no le fue reembolsado por su seguro de salud) pagó Ud. por el cuidado en un hospital (incluyendo las salas de emergencia)?

- Menos de \$25 .....1
- \$25 a \$200 .....2
- \$201 a \$500 .....3
- Más de \$500 .....4

d. Desde su visita al estudio en (MES), ¿qué cantidad de dinero propio (dinero que no le fue reembolsado por su seguro de salud) pagó Ud. por tratamientos complementarios o alternativos, incluyendo hierbas, vitaminas, otros suplementos, masajes u otras visitas a una persona que realice tratamientos alternativos?

- Menos de \$25 .....1
- \$25 a \$200 .....2
- \$201 a \$500 .....3
- Más de \$500 .....4

**REFER TO SOCIAL SERVICES**

C14. TIME MODULE ENDED       :       AM.....1  
PM .....2

**PROMPT: GO TO FORM 26, PSYCHOSOCIAL MEASURES.**