

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:

10/01/04

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.

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

YES1
NO2 (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?

YES1
NO2 (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
- Hospital (no sala de emergencia) 8

- Otro lugar 7

(SPECIFY)

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	(c)
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 drogas1	2	
d. Una clínica en una prisión1	2	
e. Ancianato1	2	
f. Unidad ó clinica movil1	2	
g. Hospital (no sala de emergencia)1	2	
h. Otro lugar1	2	(B5)
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?

YES1
NO2

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

YES1
NO2

B7. Desde su visita al estudio en (MES), ¿la ha atendido algún dentista o higienista dental?

YES1
NO2

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?

YES1
NO2

WIHS ID #

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

YES1
NO2

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.

YES1
NO2

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

YES1
NO2

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.

YES1
NO2 (C13)

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

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

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

YES1
NO2

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?

- YES1
- NO2 **(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 \$251
- \$25 a \$2002
- \$201 a \$5003
- Más de \$5004

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 \$251
- \$25 a \$2002
- \$201 a \$5003
- Más de \$5004

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 \$251
- \$25 a \$2002
- \$201 a \$5003
- Más de \$5004

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 \$251
- \$25 a \$2002
- \$201 a \$5003
- Más de \$5004

REFER TO SOCIAL SERVICES

C14. TIME MODULE ENDED

__ : __

AM.....1
PM2