

WIHS ID #

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 clínica movil 6
 - Hospital (no sala de emergencia) 8

 - Otro lugar 7
- SPECIFY: _____

SECTION C: HEALTH INSURANCE

C2. ¿Está cubierta actualmente por algún seguro medico? 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 | 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) | | |

WIHS ID #

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

- YES1
- NO2

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

C14. TIME MODULE ENDED

|_|_| : |_|_|

AM.....1
PM2