

SPANISH VERSION

**WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM 25: HEALTH CARE UTILIZATION**

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |_| - |_|_| - |_|_|_|_| - |_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #: __ __
- A3. FORM VERSION: **1 0 / 0 1 / 0 5**
- 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 (SECTION C)
- 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

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? (ADAP)	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