

WIHS ID #

--

[READ C3; C5-C11] *CALIFORNIA ONLY: [READ C4-C11]			a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro?
Actualmente, ¿tiene Ud....	YES	NO	YES NO
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

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. TIME MODULE ENDED

|_|_| : |_|_| AM.....1
PM2