

**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:                       **10/01/08**
- A4. DATE OF INTERVIEW:               — — / — — / — —  
  M           D           Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS:           — — —
- A6. DATE FORM LAST ADMINSTERED:   — — / — — / — —  
  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 C: HEALTH INSURANCE**

- C2. ¿Está cubierta actualmente por algún seguro medico? Favor de incluir cualquier programa, ya sea un seguro privado y/o pùblico (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.**

<b>[READ C3; C5-C11] *CALIFORNIA ONLY: [READ C4-C11]</b>		a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro?
Actualmente, ¿tiene Ud....	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

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?

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

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. TIME MODULE ENDED

|\_|\_| : |\_|\_| AM.....1  
PM.....2