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 / 1 3**

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 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

YES 1
NO .....2 **(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?

YES 1
NO 2

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 o clinica movil 6
Hospital (no sala de emergencia) 8
Otro lugar 7

SPECIFY: _____

B4. Do you have one person you think of as your personal doctor or health care provider?

YES 1
NO 2

B5. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha recibido servicios de un psyquiatra, un consejero o algún otro profesional de salud mental?

YES 1
NO 2

SECTION C: HEALTH INSURANCE

C2. ¿Está cubierta actualmente por algún seguro medico? Favor de incluir cualquier programa, ya sea un seguro privado y/o pδblico (ejemplo: Medicaid, Medicare), seguro dental y programas para el pago de medicinas.

YES 1
NO .....2 **(C13)**

INSTRUCTIONS: ASK QUESTIONS C3 – C12, AS APPROPRIATE FOR PARTICIPANT'S HOME STATE. CIRCLE "3" FOR QUESTIONS NOT ASKED. ASK QUESTIONS C13 – C20 OF ALL PARTICIPANTS. IF THE RESPONSE IS YES (CODE 1) ASK QUESTION "a" UNLESS THE BOX IS SHADED.

Actualmente, ¿tiene Ud.…	YES	NO	NA	a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro? YES NO
C3. FLORIDA AND WASHINGTON DC ONLY: Medicaid?	1	2	3	
C4. CALIFORNIA ONLY: Medicaid or Medi-CAL?	1	2	3	
C5. NORTH CAROLINA ONLY: Medicaid or Carolina Access?	1	2	3	
C6. NEW YORK ONLY: Medicaid or Partnership for Long Term Care?	1	2	3	

WIHS ID #

Actualmente, ¿tiene Ud.…	YES	NO	NA	a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro? YES	NO
C7. ILLINOIS ONLY: Medicaid or Medical Assistance Program (IL)?	1	2	3		
C8. MARYLAND ONLY: Medicaid or Health Choice?	1	2	3		
C9. VIRGINIA ONLY: Medicaid or Medallion I or Medallion II?	1	2	3		
C10. ALABAMA ONLY: Medicaid or Alabama Medicaid Agency (AMA)?	1	2	3		
C11. MISSISSIPPI ONLY: Medicaid or Heath through Medicaid Managed Access to Care and Services (HealthMACS)?	1	2	3		
C12. GEORGIA ONLY: Medicaid or Georgia Better Healthcare?	1	2	3		
C13. Medicare?	1	2			
C14. Ryan White, incluido el Programa de Asistencia con las Drogas para el SIDA? (ADAP)?	1	2			
C15. Atención Médica Militar (TRICARE/VA/CHAMP-VA)?	1	2	**(C16)**	1	2
C16. Plan de salud patrocinado por el Estado?	1	2			
C17. Seguro de Salud para Estudiantes?	1	2	**(C18)**	1	2
C18. Seguro privado (sin incluir Medicaid o Medicare)	1	2	**(C19)**	1	2
C19. Seguro Dental?	1	2			
C20. Otros tipos de seguro de salud? SPECIFY: _____	1	2	**(C21)**		

C21. ¿Alguno de estos planes le asiste a usted con recetas o medicinas?

YES 1
NO 2

C22. ¿Está inscrita actualmente en un programa de beneficios de farmacia o de asistencia con los medicamentos?

YES 1
NO 2

C23. 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 **(C24)**

WIHS ID #

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 $25 1
$25 a $200 2
$201 a $500 3
Más de $500 4

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 $25 1
$25 a $200 2
$201 a $500 3
Más de $500 4

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 $25 1
$25 a $200 2
$201 a $500 3
Más de $500 4

C24. Desde su visita al estudio en (MES), ¿hubo algún momento en que necesitó atención médica pero no la obtuvo porque no podía pagarla?

YES 1
NO 2

C25. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha ***retrasado*** la búsqueda de atención médica debido al costo?

YES 1
NO 2

C14. TIME MODULE ENDED |__|__| : |__|__| AM.....1
PM 2