



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 clínica móvil ..... 6
- Hospital (no sala de emergencia) ..... 8
- Otro lugar ..... 7

SPECIFY: \_\_\_\_\_

B4. ¿Tiene una persona que piensa de que su médico personal o profesional de la salud?

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

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

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

**SECTION C: HEALTH INSURANCE**

C2. ¿Está cubierta actualmente por algún seguro médico? 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.

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

**INSTRUCTIONS: ASK QUESTIONS C3 – C12, AS APPROPRIATE FOR PARTICIPANT’S HOME STATE. IF THE PARTICIPANT’S HOME STATE IS NOT LISTED, PLEASE WRITE IN THE PARTICIPANT’S STATE OF RESIDENCE IN QUESTION C13. CIRCLE “3” FOR QUESTIONS NOT ASKED. ASK QUESTIONS C14 – C20 OF ALL PARTICIPANTS. IF THE RESPONSE IS YES (CODE 1) ASK QUESTION “a” UNLESS THE BOX IS SHADED.**

| Actualmente, ¿tiene Ud....                            |     |    |    | a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro? |
|---|-----|----|----|---|
|   | YES | NO | NA | 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  |   |

WIHS ID #

| Actualmente, ¿tiene Ud....  |     |    |       | a. ¿Paga Ud. o sus familiares, alguna de las primas del seguro? |    |
|---|-----|----|-------|---|----|
|   | YES | NO | NA    | YES   | NO |
| C6. NEW YORK ONLY:<br>Medicaid or Partnership for Long Term Care?   | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C7. ILLINOIS ONLY:<br>Medicaid or Medical Assistance Program (IL)?  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C8. MARYLAND ONLY:<br>Medicaid or Health Choice?  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C9. VIRGINIA ONLY:<br>Medicaid or Medallion I or Medallion II?  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C10. ALABAMA ONLY:<br>Medicaid or Alabama Medicaid Agency (AMA)?  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C11. MISSISSIPPI ONLY:<br>Medicaid or Health through Medicaid Managed Access to Care and Services (HealthMACS)? | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C12. GEORGIA ONLY:<br>Medicaid or Georgia Better Healthcare?  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C13. OTHER STATE: Medicaid?<br>a. SPECIFY STATE: _____  | 1   | 2  | 3     |   |    |
| C14. Medicare?  | 1   | 2  |       |   |    |
| C15. Ryan White, incluido el Programa de Asistencia con las Drogas para el SIDA? (ADAP)?                        | 1   | 2  |       |   |    |
| C16. Atención Médica Militar (TRICARE/VA/CHAMP-VA)?   | 1   | 2  | (C17) | 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?<br>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

