

Pegue la etiqueta aquí
para sellar el folleto doblado.


Encuesta de Registro de Gastos Médicos



La Salud y el Cuidado de Salud de su Hijo(a)

*¿Cuáles son sus experiencias con
el cuidado de salud de su hijo(a)?*

El cuidado de salud del niño es un área de interés especial en MEPS. Por favor tómese algunos minutos para responder las preguntas de este folleto acerca de la salud y el cuidado de salud (del/de la) hijo(a) mencionado(a) abajo. Las preguntas deben ser respondidas por el adulto miembro del hogar que conozca más acerca del cuidado de salud (del/de la) hijo(a).

**Complete este
folleto para:** 

RUID: _____ **VERSION:** _____

NAME: _____

DOB: _____ **PID:** _____

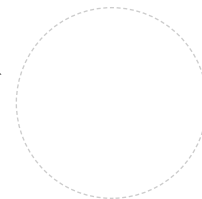
Nombre de la persona que está completando el folleto: _____

Relación con (el/la) hijo(a) mencionado(a) arriba: _____

INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA: Por favor responda cada pregunta marcando un encasillado "☑". Si usted está inseguro(a) acerca de cómo responder una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.

Su participación es voluntaria y todas sus respuestas serán mantenidas en forma confidencial. Si desea hacer alguna pregunta acerca de este folleto, por favor llame a Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377).

Cuando haya completado el folleto, por favor dóblelo, séllelo con esta etiqueta, y póngalo en el sobre provisto. Téngalo listo para dárselo a su entrevistador(a) en la próxima visita de (él/ella).



La Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de Salud y
El Centro Nacional de Estadística de Salud del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos

OMB # 0935-0104

EL CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO(A) EN LOS ULTIMOS 12 MESES

1. Un **profesional de salud** puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, o cualquier otra persona que usted consulta para la atención médica de su hijo(a).

En los últimos 12 meses, ¿hizo alguna cita para su hijo(a) con un doctor o con otro profesional de salud para que recibiera cuidado de salud **normal** o de rutina?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 **▶ PASE A LA PREGUNTA 3**

2. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido consiguió una cita tan pronto como quiso, para que su hijo(a) recibiera cuidado de salud **normal o de rutina**?

Nunca ☐ 1

A veces ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

Mi hijo(a) no necesitó una cita para cuidado normal o de rutina en los últimos 12 meses. ☐ 96

3. En los últimos 12 meses, ¿su hijo(a) tenía una **enfermedad o estaba lastimado(a)** y necesitaba atención inmediata de un consultorio médico, de una clínica, o de una sala de urgencias o de emergencia?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 **▶ PASE A LA PREGUNTA 5**

4. En los últimos 12 meses, cuando su hijo(a) necesitaba atención inmediata para una **enfermedad o porque estaba lastimado(a)**, ¿qué tan seguido recibió su hijo(a) atención tan pronto como usted quería?

Nunca ☐ 1

A veces ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

Mi hijo(a) no necesitó atención inmediata para una enfermedad o herida, en los últimos 12 meses. ☐ 96

5. En los últimos 12 meses (sin contar las veces que su hijo(a) fue a una sala de urgencias o de emergencia), ¿cuántas veces llevó a su hijo(a) a un **consultorio médico o a una clínica** para que el/ella recibiera atención?

Ninguna ☐ 0

1 ☐ 1

2 ☐ 2

3 ☐ 3

4 ☐ 4

5 a 9 ☐ 5

10 o más ☐ 6

OBTENCION DE CUIDADO NECESARIO

6. En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo en conseguir la atención que usted o su doctor creían que era necesaria?

Mucho problema ☐ 1

Poco problema ☐ 2

No fue un problema ☐ 3

Mi hijo(a) no tuvo consultas médicas en los últimos 12 meses. ☐ 96

7. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido lo/la **escucharon con atención** a usted los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo(a)?

Nunca ☐ 1

A veces ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

No sé ☐ 8

Mi hijo(a) no tuvo consultas médicas en los últimos 12 meses. ☐ 96

8. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido le **explicaron las cosas** los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo(a) de forma que usted pudiera entender?

Nunca ☐ 1

A veces ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

No sé ☐ 8

Mi hijo(a) no tuvo consultas médicas en los últimos 12 meses. ☐ 96

9. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido mostraron **respeto por lo que usted tenía que decir** los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo(a)?

Nunca ☐ 1

A veces..... ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

No sé ☐ 8

Mi hijo(a) no tuvo consultas
médicas en los últimos 12 meses. ☐ 96

10. En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido **pasaron suficiente tiempo** con su hijo(a) los doctores o los otros profesionales de salud?

Nunca ☐ 1

A veces..... ☐ 2

Normalmente ☐ 3

Siempre ☐ 4

No sé ☐ 8

Mi hijo(a) no tuvo consultas
médicas en los últimos 12 meses. ☐ 96

CALIFICACION GENERAL DEL CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO(A)

11. Queremos saber cómo califica el cuidado de salud de su hijo(a) en los últimos 12 meses de **todos sus doctores y otros profesionales de salud**.

Use **cualquier número del 0 al 10** donde 0 es el peor cuidado de salud posible, y 10 es el mejor cuidado de salud posible. ¿Cómo califica todo el cuidado de salud de su hijo(a)?

0 Peor cuidado de salud posible ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

9 ☐

10 Mejor cuidado de salud posible ☐

Mi hijo(a) no tuvo consultas
médicas en los últimos 12 meses. ☐

OBTENER ATENCION MEDICA DE UN ESPECIALISTA

Cuando conteste las siguientes preguntas, **no** incluya visitas al dentista.

12. Los **especialistas** son doctores como los cirujanos, los doctores del corazón, los doctores para las alergias, los dermatólogos (doctores de la piel), y otros doctores que se especializan en un área del cuidado de salud.

En los últimos 12 meses, ¿ha pensado usted o su doctor que su hijo(a) necesitaba ver a un especialista?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 **||| PASE A LA PREGUNTA 14**

13. En los últimos 12 meses, ¿qué tanto problema, si alguno, tuvo en conseguir una referencia ("referral") para ver al especialista que su hijo(a) necesitaba ver?

Mucho problema ☐ 1

Poco problema ☐ 2

No fue un problema ☐ 3

Mi hijo(a) no tuvo que ver a un especialista
en los últimos 12 meses. ☐ 96

PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD DE SU HIJO(A)

Las siguientes preguntas son acerca de las necesidades de salud de su hijo(a) y si su hijo(a) tiene una afección o problema de salud. Una **afección o problema de salud** puede ser física, mental, o de comportamiento. Las **afecciones o problemas de salud** pueden afectar el desarrollo de un niño, el funcionamiento diario, o necesitar servicios.

14. ¿Necesita o usa su hijo(a) actualmente **medicina recetada por un médico**, distinta a las vitaminas?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 **||| PASE A LA PREGUNTA 15**

- A. ¿Es ésto debido a **alguna** afección médica, de comportamiento, u otra afección de salud?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 **||| PASE A LA PREGUNTA 15**

- B. ¿Es ésta una afección que ha durado o se anticipa que durará **al menos** 12 meses?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

15. ¿Necesita o usa su hijo(a) más servicios de **cuidado médico, salud mental, o servicios educacionales** de lo que es usual para la mayoría de los niños de la misma edad?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 16**

A. ¿Es ésto debido a **alguna** afección médica, de comportamiento, u otra afección de salud?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 16**

B. ¿Es ésta una afección que ha durado o se anticipa que durará **al menos** 12 meses?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

16. ¿Está **limitado(a) o impedido(a)** su hijo(a) de alguna manera en su habilidad para hacer las cosas que la mayoría de los niños de la misma edad hacen?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 17**

A. ¿Es ésto debido a **alguna** afección médica, de comportamiento, u otra afección de salud?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 17**

B. ¿Es ésta una afección que ha durado o se anticipa que durará **al menos** 12 meses?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

17. ¿Necesita o recibe **terapia especial** su hijo(a), tal como terapia física, ocupacional o del habla?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 18**

A. ¿Es ésto debido a **alguna** afección médica, de comportamiento, u otra afección de salud?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **PASE A LA PREGUNTA 18**

B. ¿Es ésta una afección que ha durado o se anticipa que durará **al menos** 12 meses?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

18. ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de problema emocional, del desarrollo, o de comportamiento para el cual él o ella necesita o recibe **tratamiento o consejería**?

Sí ☐ 1

No ☐ 2 ||||| ➡ **GRACIAS POR SU PARTICIPACION.**

A. ¿Ha durado esta afección o se anticipa que durará **al menos** 12 meses?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta.

Recuerde doblarla, sellarla, y ponerla en el sobre provisto.

Esta encuesta es parte de la Encuesta de Registro de Gastos Médicos, conducida por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Esta encuesta está autorizada bajo la Sección 902(a) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299a]. La confidencialidad de la información personal está protegida por estatuto Federal, Sección 903(c) y Sección 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299a – 1(c) y 242m(d)]. Esta ley prohíbe la divulgación de información personal fuera de las agencias de salud pública que auspician la encuesta o sus contratistas sin obtener primero la autorización de la persona que dió la información. El gobierno Federal requiere que a todas las personas a las que se les pide que respondan una de sus encuestas se les dé la siguiente información. La carga pública de esta recolección de información está calculada en un promedio de 5 minutos por entrevista, el tiempo calculado necesario para completar la encuesta acerca de La Salud y el Cuidado de Salud de su Hijo(a). Mande comentarios en relación al cálculo de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a:

Reports Clearance Officer
Attention: PRA, United States Public Health Service
Paperwork Reduction Project (0935-0098)
Hubert H. Humphrey Building, Room 721-B
200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201