



30825

Formulario aprobado
Número de OMB: 0935-0118
Fecha de vencimiento: 12/31/2018



Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Sus experiencias con el cáncer

- Esta encuesta es acerca de las secuelas o efectos secundarios del cáncer y de los tratamientos para el cáncer en la vida de las personas a quienes se les ha diagnosticado cáncer.
- En la encuesta se le preguntará sobre los efectos del cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios que ese tratamiento ha tenido en su trabajo, finanzas, cobertura de seguro médico y en la vida en general. El objetivo de esta encuesta es ayudar a mejorar las experiencias de las personas que en el futuro serán diagnosticadas con cáncer. Por favor tómese el tiempo de contestar estas preguntas acerca de sus experiencias con el cáncer.
- Su participación es voluntaria y todas sus respuestas se mantendrán de forma confidencial hasta donde lo permita la ley. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, puede comunicarse con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).
- La persona cuyo nombre aparece a continuación debe contestar esta encuesta:

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

/ / PID:

MES DÍA AÑO

RUID:

- Cuando haya terminado de contestar la encuesta, devuélvasela a su entrevistador.
- Pase a la página siguiente para contestar la encuesta.

Sus respuestas se mantendrán de forma confidencial hasta donde lo permite la ley, incluyendo el estatuto de confidencialidad de la AHRQ, 42 USC 299c-3(c). Esa ley exige que la información que se reúne para estudios realizados o respaldados por la AHRQ, y que identifique a las personas o a los establecimientos, se use únicamente con el fin con el que fue dada a menos que usted dé autorización para usarla con otros fines. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 20 minutos por cuestionario, el tiempo necesario para responder esta encuesta. Una agencia no puede realizar ni auspiciar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a dicha recolección a menos que esta tenga un número OMB vigente. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo del tiempo para contestar esta encuesta o respecto a otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducir el tiempo que toma esta encuesta, a AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (0935-0118), AHRQ, 5600 Fishers Lane, Room #07W42, Rockville, MD 20857.



La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud y
 Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, parte del
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos



30825

Sección 1. Historial clínico de su cáncer

- ▶ En esta primera sección se pregunta sobre el historial clínico de su cáncer.
- ▶ Conteste cada pregunta marcando su respuesta con una o anotando un número cuando sea necesario.

1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que usted tenía cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?

Sí

No

Pare aquí. Gracias por su tiempo. Ha terminado esta encuesta.

2. ¿Fue su único diagnóstico o tratamiento para el cáncer antes de los 18 años de edad?

Sí

No

Pare aquí. Gracias por su tiempo. Ha terminado esta encuesta.

3. Actualmente, ¿recibe tratamiento para el cáncer – es decir, piensa tener o se está recuperando de una cirugía para el cáncer, o está recibiendo quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal para su cáncer?

Sí → **VAYA A la pregunta 7**

No

4. ¿Hace cuánto tiempo más o menos que recibió su último tratamiento para el cáncer?

- Hace menos de 1 año
- Hace entre 1 año y menos de 3 años
- Hace entre 3 años y menos de 5 años
- Hace entre 5 años y menos de 10 años
- Hace entre 10 y 20 años
- Hace más de 20 años
- No he recibido tratamiento para el cáncer

5. ¿Le dijo alguna vez un médico u otro profesional de la salud que le había vuelto a aparecer su cáncer?

Sí

No → **VAYA A la Sección 2, en la página 2**

6. ¿Cuál fue el año más reciente en el que su médico u otro profesional de la salud le dijo que le había vuelto a aparecer su cáncer?

--	--	--	--

AÑO

→ **VAYA A la Sección 2, en la página 2**

7. ¿Es esta la primera vez que ha recibido tratamiento para algún tipo de cáncer?

Sí

No

▶ **Continúe con la Sección 2 en la página 2**



30825

Sección 2. Cambios en su horario de trabajo

8. En algún momento, desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora, ¿estuvo trabajando por un salario en un trabajo o negocio?

Sí

No → **VAYA A la pregunta 23, en la página 4**

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de las distintas maneras en que el cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento hayan podido afectar su trabajo – es decir, su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo.
- ▶ Cuando conteste estas preguntas piense en todo el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

9. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o hizo cambios en su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo?

Sí

No → **VAYA A la pregunta 15, en la página 3**

10. ¿Hizo estos cambios en el trabajo...

debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios?

por alguna otra razón?

→ **VAYA A la pregunta 15, en la página 3**

11. ¿Alguna vez tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo (vacaciones, permiso por enfermedad o permiso por discapacidad)? Por tiempo libre prolongado nos referimos a más de un día de permiso ocasional de vez en cuando.

Sí

No → **VAYA A la pregunta 13**

12. ¿Cuándo tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo?

Marque con una todas las respuestas que correspondan.

Cuando le dieron el diagnóstico

Durante el tratamiento

Antes de un año luego de terminar el tratamiento

Un año o más después de terminar el tratamiento

13. ¿Cambió alguna vez de trabajar tiempo completo a trabajar tiempo parcial o cambió a un trabajo más fácil?

Sí

No

14. ¿Cambió alguna vez de trabajar en un horario fijo, en el que comienza y termina a la misma hora todos los días, a un horario de trabajo flexible, en el que la hora de comenzar y terminar el trabajo cambia de día a día?

Sí

No



30825

15. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿decidió usted alguna vez no intentar obtener un ascenso o una promoción?

Sí

No

16. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿se jubiló usted antes de lo que había planificado?

Sí

No

Sección 3. Otros aspectos del trabajo

- ▶ Por favor continúe pensando en todas sus experiencias de trabajo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

17. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer cualquier tarea física necesaria en su trabajo?

Sí

No

Nunca he necesitado hacer tareas físicas en mi trabajo

18. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer cualquier tarea mental necesaria en su trabajo?

Sí

No

19. ¿Sintió alguna vez que debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento usted era menos productivo en el trabajo?

Sí

No



30825

20. ¿Le preocupó alguna vez que debido a los efectos del cáncer en su salud usted podría verse forzado a dejar de trabajar o a jubilarse antes de cuando pensaba jubilarse?

- Sí
 No

21. ¿Alguna vez permaneció usted en un trabajo en parte porque le preocupaba perder su seguro médico?

- Sí
 No → **VAYA A la pregunta 23**

22. ¿Le preocupaba perder su seguro médico a causa de su cáncer?

- Sí
 No

23. Desde su diagnóstico de cáncer, ¿permaneció alguna vez su esposo, esposa o pareja en un trabajo en parte porque a él/ella le preocupaba perder el seguro médico para la familia?

- Sí
 No
 No corresponde

Sección 4. Proveedores de cuidados

- ▶ Esta sección es acerca de los proveedores de cuidados, es decir amigos o familiares que le hayan prestado ayuda para ir al médico, que le hayan acompañado a las citas, que hayan tomado decisiones acerca del tratamiento o que hayan prestado otro tipo de cuidado y apoyo durante y después del tratamiento para el cáncer.
- ▶ Por favor continúe pensando en el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

24. Desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿le ha proporcionado cuidado algún amigo o familiar durante o después de su tratamiento para el cáncer?

- Sí
 No → **VAYA A la Sección 5, en la página 5**

25. ¿Quién le proporcionó cuidados?

Marque con una todas las respuestas que correspondan:

- Esposo(a)/pareja
 Hijo(a)
 Hermano(a)
 Padre o madre
 Otro familiar
 Amigo(a)
 Otro



26. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿tomó alguna vez alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o hizo un cambio en el horario, las responsabilidades o la condición de trabajo?

Sí

No

Ninguna de las personas que me proporcionaron cuidados estaba trabajando

No sé

} **VAYA A la Sección 5**

27. ¿Tomó alguna vez alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o hizo un cambio en el horario, las responsabilidades o la condición de trabajo por lo menos durante 2 meses?

Sí

No

No sé

Sección 5. Experiencias con los seguros médicos

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de la cobertura de seguro médico desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

28. En algún momento, desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora, ¿tuvo usted seguro médico que pagara todo o parte de su cuidado médico, exámenes o tratamiento para el cáncer?

Sí

No

No sé

} **VAYA A la Sección 6, en la página 7**

29. ¿Qué tipo de seguro de salud tenía usted cuando le diagnosticaron el cáncer?

Marque con una todas las respuestas que correspondan.

Privado

Medicare

Medi-gap

Medicaid

Militar (TRICARE, VA, CHAMPUS)

Servicio de salud indígena

Plan de salud del estado

Otro plan de salud del gobierno

Plan opcional de servicio (es decir, de seguro dental, de la vista o medicamentos)

Ninguna cobertura de ningún tipo



30825

30. ¿Hubo alguna ocasión en la que el seguro médico se negó a cubrir una consulta, un tratamiento o procedimiento específico para su cáncer con su médico o la clínica, hospital o consultorio preferido?

- Sí
- No
- No corresponde

31. ¿Hubo alguna ocasión en la que el seguro médico actual no le brindó la cobertura adecuada para los gastos relacionados con su cáncer y sus cuidados médicos?

- Sí
- No
- No corresponde

32. Con respecto a la cobertura actual de seguro de salud para su cáncer, ¿cómo se compara con la cobertura de hace 12 meses? ¿Es mejor, peor o casi igual?

- Mejor
- Casi igual
- Peor
- No sé
- No corresponde

33. ¿Qué tan difícil fue encontrar un plan con el tipo de cobertura que usted necesitaba para su cáncer, incluyendo a su oncólogo, sus medicamentos recetados u otro tratamiento? Diría que...

- Muy difícil
- Algo difícil
- Nada difícil
- No sé
- No corresponde

34. ¿Qué tan difícil fue encontrar un plan que usted pudiera pagar para su cáncer, incluyendo su oncólogo, sus medicamentos recetados u otro tratamiento? Diría que...

- Muy difícil
- Algo difícil
- Nada difícil
- No sé
- No corresponde

► **Continúe con la Sección 6, en la página 7**



30825

Sección 6. Los efectos del cáncer y su tratamiento en las finanzas

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de distintas cargas económicas que usted o su familia hayan tenido debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento.
- ▶ Por favor continúe pensando en el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

35. ¿Ha tenido usted que pagar por su cuenta alguna de las siguientes categorías debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

Marque con una todas las respuestas que correspondan.

- Gastos médicos (es decir, medicamentos, equipo médico o suministros)
- Transporte
- Alojamiento
- Cuidado de niños
- Cuidado en el hogar o ayuda temporal
- No tuve que pagar nada por mi cuenta
- No sé/No estoy seguro

36. ¿Ha tenido usted o alguien de su familia que pedir dinero prestado o endeudarse debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 38**

37. ¿Cuánto tuvo que pedir prestado usted o su familia o cuánta deuda contrajeron debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 o más

38. ¿Han tenido usted o su familia que hacer otros tipos de sacrificios financieros debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

Marque con una todas las respuestas que correspondan.

- Disminuyó sus gastos en vacaciones o actividades de esparcimiento
- Retrasó hacer compras grandes (por ejemplo, un carro)
- Disminuyó sus gastos básicos (por ejemplo, en comida y ropa)
- Usó sus ahorros que tenía para otras cosas (por ejemplo, jubilación, fondos educativos, apoyo familiar)
- Cambió su situación de vivienda (por ejemplo, vendió su casa, la refinanció o se mudó a una residencia más pequeña)
- Otro



30825

39. Piense en las consultas médicas para el cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento. ¿No ha podido alguna vez cubrir su parte del costo de esas consultas?

- Sí
 No

40. ¿Se declararon en bancarrota alguna vez usted o su familia debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
 No

41. ¿Le ha preocupado alguna vez tener que pagar grandes cuentas médicas relacionadas con su cáncer?

- Sí
 No

42. ¿Le ha preocupado alguna vez la estabilidad financiera de su familia debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
 No

43. ¿Le ha preocupado alguna vez poder mantener su trabajo e ingresos, o que en el futuro sus ingresos sean limitados debido a su cáncer?

- Sí
 No

Sección 7. Cuidado médico del cáncer

► Las siguientes preguntas son acerca de ciertas experiencias que usted posiblemente haya tenido al recibir atención médica para el cáncer desde la primera vez que se lo diagnosticaron hasta ahora.

► Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

44. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿habló alguna vez con usted algún médico u otro proveedor de cuidado de salud, incluyendo su proveedor de cuidado de salud actual, acerca de...

a. ...la necesidad de cuidado de seguimiento regular incluso después de que completó su tratamiento?

- Habló detalladamente conmigo
 Habló brevemente conmigo
 No habló nada en absoluto
 No recuerdo

b. ...los efectos secundarios tardíos o a largo plazo del tratamiento para el cáncer que usted podría tener con el tiempo?

- Habló detalladamente conmigo
 Habló brevemente conmigo
 No habló nada en absoluto
 No recuerdo



c. ...sus necesidades emocionales o sociales relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Habló detalladamente conmigo
Habló brevemente conmigo
No habló nada en absoluto
No recuerdo

d. ...recomendaciones sobre el estilo de vida o la salud, como por ejemplo, dieta, ejercicio, dejar de fumar?

- Habló detalladamente conmigo
Habló brevemente conmigo
No habló nada en absoluto
No recuerdo

e. ...los costos de cuidados para el cáncer que pagó por su cuenta?

- Habló detalladamente conmigo
Habló brevemente conmigo
No habló nada en absoluto
No recuerdo

f. ...un resumen de todos los tratamientos para el cáncer que ha recibido?

- Habló detalladamente conmigo
Habló brevemente conmigo
No habló nada en absoluto
No recuerdo

45. ¿Alguna vez, retrasó, dejó de comprar o tuvo que hacer otros cambios a algunos de los siguientes cuidados para el cáncer debido al costo?

Marque con una [X] todas las respuestas que correspondan.

- Medicamentos recetados
Consultas al especialista
Tratamientos (aparte de los medicamentos recetados)
Cuidado de seguimiento
Servicios de salud mental
Otro

46. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿recibió todo el cuidado médico, exámenes y tratamiento que usted o su médico consideraban necesarios?

Sí -> VAYA A la Sección 8, en la página 10

No

47. ¿Por cuál de estas razones usted no recibió todo el cuidado médico, exámenes o tratamiento que usted o su médico consideraban necesarios?

Marque con una [X] sí o no para cada razón a continuación.

Sí, es una razón
No, no es una razón

- a. No podía pagar por el cuidado médico
b. La compañía de seguro no aprobaría ni pagaría por el cuidado médico
c. El médico no aceptó su seguro
d. Tuvo problemas para llegar al consultorio del médico
e. No pudo obtener permiso o tiempo libre en el trabajo
f. No sabía dónde ir para recibir cuidado médico
g. No pudo conseguir cuidado infantil/cuidado para un adulto
h. No tenía tiempo o el cuidado, examen o tratamiento demoraba mucho tiempo

Continúe con la Sección 8, en la página 10



30825

Sección 8. Los efectos del cáncer y su tratamiento en la vida en general

- ▶ Las últimas preguntas en la encuesta son acerca de cómo su cáncer, el tratamiento y las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento han influido en ciertos aspectos de su vida.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias de todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

48. Su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿limitaron alguna vez el tipo o la cantidad de actividades que usted hace fuera del trabajo, tales como ir de compras, cuidar a los niños, hacer ejercicio, estudiar, hacer quehaceres domésticos, etc.?

Sí

No → *VAYA A la pregunta 51*

49. ¿Por cuánto tiempo estuvo o ha estado limitado en el tipo o la cantidad de actividades diarias?

Menos de 6 meses

Entre 6 meses y menos de 1 año

Entre 1 año y menos de 3 años

Entre 3 años y menos de 5 años

Entre 5 años y menos de 10 años

Más de 10 años

50. ¿Continúa teniendo esta limitación?

Sí

No

51. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer tareas mentales como parte de sus actividades habituales de todos los días?

Sí

No

52. ¿Tuvo problemas alguna vez para entender las cuentas médicas o del seguro médico relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

Sí

No

53. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cáncer le vuelva a aparecer o se empeore?

Nunca

Rara vez

Algunas veces

Con frecuencia

Todo el tiempo

54. ¿Considera que alguno de los siguientes aspectos ha sido algo positivo respecto a sus experiencias con el cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

Marque con una sí o no para cada razón a continuación.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Me ha hecho una persona más fuerte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Puedo afrontar mejor los retos de la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Se convirtió en una razón para hacer cambios positivos en mi vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me ha hecho tener hábitos más saludables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



30825

55. En general, ¿cómo calificaría a su salud física?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

56. ¿En qué medida puede llevar a cabo actividades físicas cotidianas como caminar, subir escaleras, cargar comestibles o mover una silla?

- Completamente
- Mayormente
- Moderadamente
- Un poco
- Nunca

57. En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría su dolor en promedio?

- 0 – No tengo dolor
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – El peor dolor imaginable

58. En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría su cansancio en promedio?

- Ninguno
- Poco
- Moderado
- Intenso
- Muy intenso

59. En general, diría que su calidad de vida es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

60. En general, ¿cómo calificaría a su salud mental, incluyendo su estado de ánimo y su habilidad para pensar?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

61. En general, ¿cómo calificaría a su satisfacción con actividades sociales y relaciones?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

62. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia le han molestado problemas emocionales como sentirse ansioso, deprimido o irritable?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Siempre



30825

Fecha en que
contestó:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MES			DÍA			AÑO			

- ▶ Gracias por contestar esta encuesta. Por favor ponga la encuesta en el sobre que le facilitaron y d sela al entrevistador de MEPS.
- ▶ Si el entrevistador no está disponible, ponga la encuesta en el sobre de envío que le dio el entrevistador. Si ha extraviado el sobre, envíe la encuesta por correo a:

MEPS
c/o Westat
1600 Research Boulevard, Room GA51
Rockville, MD 20850

MEPS

Encuesta de Registro de Gastos Médicos