

Estudio de la Salud y la Jubilación: Estudio Sobre el Cuidado de la Salud 2011

COMO LLENAR ESTE CUESTIONARIO

Por favor conteste las preguntas:

Marcando un cuadrito así:

Escribiendo un número en los cuadritos así:

1	6
---	---

A veces encontrará una instrucción que le dirá a que pregunta debe pasar a continuación, así:

Sí

No **→** PASE A LA PREGUNTA

B3

Por favor anote la cantidad en dólares enteros.

Así: \$

			4
--	--	--	---

 .00

Por favor use un lápiz del #2 ó una pluma de tinta negra.

Borre completamente las marcas que no desee.

POR FAVOR EMPIECE EL CUESTIONARIO EN LA PREGUNTA **A1** EN LA PÁGINA 1





ACERCA DE ESTE CUESTIONARIO

Este cuestionario es parte del Estudio de la Salud y la Jubilación. Estamos muy agradecidos por su participación pasada en el HRS, y esperamos que encuentre este cuestionario interesante al contestarlo. Como siempre, sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor recuerde que su participación es *voluntaria* y que puede dejar sin responder cualquier pregunta que no desee contestar.

Un Certificado de Confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos cubre esta investigación para ayudar a asegurar su privacidad. Este certificado puede ayudar a proteger a los investigadores de ser obligados a dar cualquier información que le identifique. Por favor tome en cuenta que tenemos que reportar a las autoridades evidencia que indique daño o abuso a cualquier persona, pero este cuestionario no hace ninguna pregunta sobre tales temas.

Es muy importante que las preguntas sean contestadas por la persona cuyo nombre está impreso en la portada de este cuestionario (o por alguien que conozca bien a esta persona y pueda contestar las preguntas en su lugar o que le ayude a contestarlas si la persona a la que se le envió este cuestionario no puede hacerlo sola).

Muchas de las preguntas pueden ser contestadas haciendo una marca (X) en el cuadrado () que está frente a su respuesta. Algunas preguntas no se aplican a usted, y se le instruirá que se las salte. Cuando esto suceda, encontrará una flecha (→) en su respuesta dirigiéndole a la pregunta apropiada. Cuando no se le dé una instrucción específica para la respuesta de su elección, por favor continúe con la siguiente pregunta.

Si tiene cualquier pregunta acerca del cuestionario, por favor llámenos a nuestro teléfono gratuito que es el 1-855-647-6769.

¡GRACIAS!



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

Las primeras preguntas se refieren a su salud actual y a sus experiencias recientes en cuanto al cuidado de la salud. Por favor conteste las preguntas sobre la persona cuyo nombre está impreso en la portada de este cuestionario. No incluya información sobre el cuidado de la salud de nadie más.

A1

¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o, mala?
(Marque UN cuadrado así [X])

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Muy Buena | <input type="checkbox"/> Mala |
| <input type="checkbox"/> Buena | |

A2

¿En los últimos doce meses, en cuántas diferentes ocasiones fue usted paciente interno en un hospital por una noche o más? (Escriba el número:)

--	--	--

A3

En los últimos doce meses, aparte de cualquier hospitalización, ¿cuántas veces ha visto o hablado con un doctor sobre su salud, incluyendo visitas al cuarto de emergencia o a la clínica? (Escriba el número:)

--	--	--

A4

En los últimos doce meses, ¿ha obtenido usted servicios de un Centro de Salud Comunitario o de una clínica gratis? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No

A5

¿Qué tanta confianza tiene para llenar usted mismo los formularios médicos?
(Marque UN cuadrado así [X])

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extremada confianza | <input type="checkbox"/> Un poco de confianza |
| <input type="checkbox"/> Bastante confianza | <input type="checkbox"/> Nada de confianza |
| <input type="checkbox"/> Algo de confianza | |



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A6

¿Tiene usted actualmente algún seguro de salud (incluyendo programas del gobierno tales como Medicare y Medicaid)? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No → Pase a la pregunta **A18** en la página 4

A7

¿Qué tipo de cobertura tiene? (Por favor marque todas las que sean aplicables así [X])

- Medicare
- Medicaid
- Un plan que provee mi empleador, el empleador de mi esposo(a), o un ex empleador o sindicato
- Un seguro comprado directamente a una compañía de seguros o a través de un grupo como AARP
- TRI-CARE, CHAMPUS, or CHAMP-VA
- Otra cobertura pública tal como el Indian Health Service, SCHIP, o de un programa administrado por el estado o el condado
- La obtengo a través del Departamento de Asuntos para Veteranos (Department of Veterans Affairs (VA))
- Otra, especifique _____

A8

¿Cuál de éstas considera su cobertura PRINCIPAL? (Marque UN cuadrado así [X])

- Medicare
- Medicaid
- Un plan que provee mi empleador, el empleador de mi esposo(a), o un ex empleador o sindicato
- Un seguro comprado directamente a una compañía de seguros o a través de un grupo como AARP
- TRI-CARE, CHAMPUS, or CHAMP-VA
- Otra cobertura pública tal como el Indian Health Service, SCHIP, o de un programa administrado por el estado o el condado
- EL Departamento de Asuntos para Veteranos (Department of Veterans Affairs (VA))
- Otra, especifique _____



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

Pensando en el plan que provee su cobertura PRINCIPAL, por favor conteste lo siguiente:

A9 En los últimos doce meses, ¿trató usted de obtener alguna clase de cuidado médico, exámenes o tratamiento a través de su plan de salud?

(Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No → Pase a la pregunta **A11**

A10 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia fue fácil para usted obtener a través de su plan de salud, el cuidado médico, los exámenes o el tratamiento que usted pensó que necesitaba? (Marque UN cuadrado así [X])

Nunca

Usualmente

A veces

Siempre

A11 En los últimos doce meses, ¿trató usted de obtener información o ayuda de la oficina del servicio al cliente de su plan de salud? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No → Pase a la pregunta **A14** en la página 4

A12 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia la oficina del servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o ayuda que usted necesitaba? (Marque UN cuadrado así [X])

Nunca

Usualmente

A veces

Siempre

A13 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia el personal de la oficina del servicio al cliente de su plan de salud le trató a usted con cortesía y respeto?

(Marque UN cuadrado así [X])

Nunca

Usualmente

A veces

Siempre



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A14 En los últimos doce meses, ¿su plan de salud le dio algún formulario para que usted lo completara? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
 No → Pase a la pregunta **A16**

A15 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de completar los formularios de su plan de salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca Usualmente
 A veces Siempre

A16 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia usó el Internet (incluyendo el correo electrónico - email) para comunicarse con su plan de salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca Usualmente
 A veces Siempre

A17 En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con este plan de salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a) Algo insatisfecho (a)
 Algo satisfecho(a) Muy insatisfecho(a)
 Neutral

A18 Pensando ahora en su vida entera, ¿le han negado ALGUNA VEZ la cobertura del seguro por una condición de salud pre-existente? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
 No



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A19 ¿Ha tenido ALGUNA VEZ cobertura con los beneficios limitados debido a una condición pre-existente? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No

A20 ¿Hay un lugar al que USUALMENTE usted va cuando está enfermo(a) o cuando necesita consejo sobre su salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No → Pase a la pregunta **A22**

A21 ¿Qué tipo de lugar es éste - una clínica, el consultorio de un doctor, un cuarto de emergencia o algún otro lugar? Si hay más de un lugar al que usualmente va, por favor díganos el lugar al que va con más frecuencia. (Marque UN cuadrado así [X])

- Clínica o centro de salud
- El consultorio de un doctor o HMO
- Cuarto de emergencia de un hospital
- Una clínica en el hospital para pacientes externos
- Algún otro lugar
- No hay un sólo lugar al que voy con más frecuencia

A22 Las próximas preguntas son sobre el cuidado médico que usted ha recibido en los últimos doce meses. Si hay algún lugar al que usted usualmente va cuando está enfermo (es decir, si usted contestó SÍ a la pregunta A20), por favor díganos sobre el cuidado que usted recibió en este lugar. Si NO hay un lugar al que usted va usualmente, por favor díganos sobre sus experiencias cuando ha recibido cuidado médico en los últimos doce meses.

En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia los doctores y enfermeras le explicaron las cosas de una manera que es fácil de entender?
(Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca
- Usualmente
- A veces
- Siempre



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A23 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia los doctores y enfermeras le han escuchado a usted cuidadosamente? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

A24 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia los doctores y enfermeras han mostrado respeto por lo que usted ha dicho? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

A25 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia los doctores y enfermeras han pasado tiempo suficiente con usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

A26 En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia usó usted el Internet (incluyendo el correo electrónico-email) para comunicarse con sus doctores y enfermeras? (Marque UN cuadrado así [X])

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A27 En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con los doctores y enfermeras que le han atendido en los últimos doce meses? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho (a) Algo insatisfecho(a)
 Algo satisfecho(a) Muy insatisfecho(a)
 Neutral

A28 En los últimos doce meses, ¿tuvo usted alguna dificultad para encontrar un doctor en medicina general o un proveedor de la salud que le atendiera? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
 No, yo pude encontrar un doctor en medicina general sin ninguna dificultad
 ➡ Pase a la pregunta **A30**
 No, yo no necesité ver a un doctor en medicina general
 ➡ Pase a la pregunta **A30**

A29 ¿Cuál fue la dificultad? (Por favor marque todas las que sean aplicables así [X])

- Ellos no aceptaban mi seguro
 Ellos no tenían ninguna cita lo suficientemente pronto
 Ellos no estaban aceptando pacientes nuevos para nada
 No hay doctores en medicina general donde vivo
 Otra, especifique _____

A30 En los últimos doce meses, ¿tuvo alguna dificultad para encontrar un especialista que lo/la atendiera? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
 No, yo pude encontrar un especialista sin ninguna dificultad
 ➡ Pase a la pregunta **A33**
 No, yo no necesité ver un especialista ➡ Pase a la pregunta **A33** en la página 9



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A31 ¿Cuál fue la dificultad? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Tuve problemas para obtener una recomendación para un especialista
- Ellos no aceptaban mi seguro
- Ellos no tenían una cita lo suficientemente pronto
- Ellos no estaban aceptando pacientes nuevos para nada
- No hay especialistas de los que yo necesitaba cerca de donde vivo

A32 ¿Qué tipo de especialista(s) tuvo usted dificultad en encontrar?
(Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Alergólogo
- Cardiólogo (doctor del corazón)
- Dermatólogo (doctor de la piel)
- Gastroenterólogo
- Cirujano general
- Ginecólogo / obstetra
- Ortopeda / Cirujano ortopédico
- Neurólogo o neurocirujano (nervios / especialista del cerebro)
- Oncólogo (doctor especialista en cáncer)
- Oftalmólogo (doctor de los ojos)
- Otorrinolaringólogo (doctor de los oídos, la nariz, y la garganta)
- Siquiatra u otro proveedor de la salud mental
- Neumólogo (doctor de los pulmones)
- Reumatólogo (artritis / doctor del sistema inmune)
- Urólogo
- Otro, especifique _____



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A33 En los últimos doce meses, ¿tuvo usted alguna dificultad para encontrar un proveedor de algún otro tipo (por ejemplo, un dentista o terapeuta físico para que lo/la atendiera a usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No, yo pude encontrar otros proveedores sin ninguna dificultad
 ➔ Pase a la pregunta **A36**
- No, yo no necesité ver ningún otro tipo de proveedor
 ➔ Pase a la pregunta **A36**

A34 ¿Qué tipo de proveedor tuvo usted dificultad para encontrar? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Dentista Terapeuta
- físico Terapeuta
- ocupacional
- Proveedor para el cuidado en el hogar / enfermeras visitadoras
- Farmacéutico
- Otro, especifique _____

A35 ¿Cuál fue la dificultad? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Tuve problemas para obtener una recomendación para un especialista
- Ellos no aceptaban mi seguro
- Ellos no tenían ninguna cita lo suficientemente pronto
- Ellos no estaban aceptando pacientes nuevos para nada
- No hay especialistas de los que yo necesitaba cerca de donde vivo

A36 En los últimos doce meses, ¿hubo alguna vez cuando necesitó cuidado médico, pero no lo obtuvo porque no pudo pagarlo? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A37 Hay muchas razones además del costo por las que la gente atrasa obtener cuidado médico. ¿Ha atrasado usted en los últimos doce meses, su cuidado médico por alguna de las siguientes razones? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- No pude contactarlos por teléfono
- No pude obtener una cita lo suficientemente pronto
- Cuando llegué allí, tuve que esperar mucho tiempo para ver al doctor
- La clínica / oficina del doctor no estaba abierta cuando yo podía ir
- No tenía transporte
- Estoy muy ocupado(a) para ir al doctor
- Tengo miedo de lo que pueda enterarme
- No creo en los doctores
- No me gusta ir al doctor
- No he atrasado obtener cuidado médico en los últimos doce meses

—+ Pase a la pregunta

A39

A38 ¿Qué tipo de cuidados médicos atrasó usted? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Una cirugía mayor que hubiera requerido estar en el hospital como paciente interno una o más noches
- Una cirugía como paciente externo
- Ver al doctor para un síntoma o problema
- Tener un chequeo (examen médico)
- Examen de rutina, como una colonoscopia
- Para llenar una receta
- Otro, especifique _____

A39 En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con la **calidad** del cuidado de su salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a) Algo insatisfecho(a)
- Algo satisfecho(a) Muy insatisfecho(a)
- Neutral



SECCIÓN A. ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD

A40 En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con el **costo** del cuidado de su salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a)
- Algo satisfecho(a)
- Neutral
- Algo insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)

A41 En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con la **conveniencia** del cuidado de su salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a)
- Algo satisfecho(a)
- Neutral
- Algo insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)

A42 Al pensar en la calidad, el costo y la conveniencia del cuidado de su salud, ¿en general qué tan satisfecho (a) está usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a)
- Algo satisfecho(a)
- Neutral
- Algo insatisfecho(a)
- Muy insatisfecho(a)

FINAL DE LA SECCIÓN A

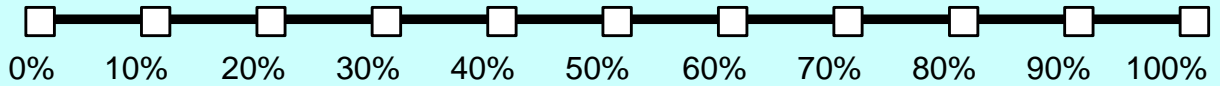


SECCIÓN B. POLÍTICAS

El próximo grupo de preguntas es sobre las políticas públicas relacionadas con los programas sobre el cuidado de la salud.

B1

Por favor marque una (X) en un cuadrado en la línea de abajo para indicar, ¿cuánto piensa que es el porcentaje de probabilidad de que el Congreso cambie algún día el programa de Medicare en los próximos 10 años, para que sea menos generoso de lo que es ahora? (Marque UN cuadrado así [X])



Seguramente
no pasará

Seguramente
pasará

Sáltese las preguntas de la B2a a la B2c si usted contestó "0%, Seguramente no pasará" en la pregunta B1.

B2

Por favor indique qué tan probable es que cada uno de los siguientes cambios se hagan al programa de Medicare. (Marque UN cuadrado así [X] en cada línea)

	Muy probable	Algo probable	Neutral	Algo poco probable	Muy poco probable	No Sé
B2a Se hará más caro para las personas registradas en el Medicare obtener el cuidado de salud que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2b Será más difícil para los beneficiarios encontrar doctores que acepten pacientes de Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2c Las personas registradas en el Medicare tendrán que escoger una compañía de seguros privada que provea sus beneficios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECCIÓN B. POLÍTICAS

B3

Como puede que usted sepa, el proyecto de reforma de salud, fue firmado como ley a principios del año pasado. ¿Cuánto, si algo, ha visto, leído, o escuchado sobre la nueva ley? (Marque UN cuadrado así [X])

- Mucho Nada
 Algo No sé
 Sólo un poco

B4

De acuerdo a lo que usted sabe sobre la ley de la reforma en salud, ¿tiene usted una opinión favorable o desfavorable sobre ésta? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy favorable Algo desfavorable
 Algo favorable Muy desfavorable
 Neutral No sé / es muy pronto para decir

B5

¿Piensa usted que los siguientes grupos estarán mejor o peor bajo la ley de la reforma de salud, o piensa usted que no habrá mucha diferencia? (Marque UN cuadrado así [X] en cada línea)

	Mejor	No habrá mucha diferencia	Peor	No sé
B5a El país en su totalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5b Personas con problemas de salud serios o crónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5c Usted y su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5d Personas con condiciones de salud pre-existentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5e Jóvenes adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECCIÓN B. POLÍTICAS

B6

Pensando en cómo la ley de la reforma de salud le afectará a usted y a su familia, ¿qué pasará con la cantidad que usted gasta en las primas del seguro de salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Subirá mucho
- Subirá un poco
- No cambiará mucho
- Bajará un poco
- Bajará mucho
- No sé

B7

Pensando en cómo la ley de la reforma de salud le afectará a usted y a su familia, ¿qué pasará con la cantidad total que usted gasta de su bolsillo para el cuidado de la salud? (Marque UN cuadrado así [X])

- Subirá mucho
- Subirá un poco
- No cambiará mucho
- Bajará un poco
- Bajará mucho
- No sé

B8

Pensando en cómo la ley de la reforma de salud le afectará a usted y a su familia, ¿será más fácil o más difícil para usted obtener cobertura de seguro? (Marque UN cuadrado así [X])

- Será mucho más difícil
- Será algo difícil
- No cambiará mucho
- Será algo fácil
- Será mucho más fácil
- No sé



SECCIÓN B. POLÍTICAS

B9

Pensando en cómo la ley de la reforma de salud le afectará a usted y a su familia, ¿cuál será la probabilidad de que los gastos médicos usarán todos sus ahorros en los próximos cinco años? (Marque UN cuadrado así [X])

- Será muy probable
- Será algo probable
- No cambiará mucho
- Será algo poco probable
- Será muy poco probable
- No sé

B10

Pensando en cómo la ley de la reforma de salud le afectará a usted y a su familia, ¿será más fácil o más difícil para usted encontrar un doctor que lo/la atienda? (Marque UN cuadrado así [X])

- Será más difícil
- Será algo difícil
- No cambiará mucho
- Será algo fácil
- Será mucho más fácil
- No sé

FINAL DE LA SECCIÓN B



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

Para propósitos de este estudio, cuando usamos el término "cuidado a largo plazo" nos estamos refiriendo a la ayuda con las necesidades en el cuidado personal tales como vestirse, bañarse, meterse y levantarse de la cama, para usar el baño o comer.

C1

Sin incluir programas del gobierno, ¿tiene usted algún seguro para el cuidado a largo plazo, el cual específicamente cubra el cuidado en un asilo para personas mayores por un año o más, o que cubra alguna parte del cuidado personal o médico en su propio hogar? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No → Pase a la pregunta **C2**

C1a

¿En qué año compró usted esta póliza?

--	--	--	--

C1b

¿Compró usted su póliza de seguro de cuidado a largo plazo a través de su empleador actual o de un ex empleador o del empleador de su esposo(a)? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No

C2

¿Ha solicitado usted alguna vez un seguro para cuidado a largo plazo y ha sido su solicitud negada? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No

C3

¿Ha pasado algún miembro de su familia o amigo(a) cercano(a) un año o más en un asilo para personas mayores? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No → Pase a la pregunta **C5** en la página 17

C4

¿Cuál era la relación de esa(s) persona(s) con usted? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

Esposo(a) / compañero(a)

Hermano / hermana

Madre

Amigo(a) cercano(a)

Padre

Otra _____



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

C5

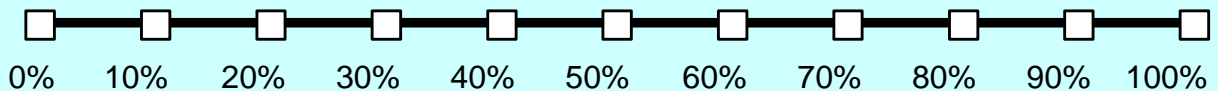
Por favor marque las siguientes declaraciones como ciertas o falsas:
(Marque UN cuadrado así [X] por línea)

	Cierto	Falso
C5a Medicare cubre el uso prolongado del cuidado a largo plazo para aquellos de 65 años de edad o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5b Medicaid cubre el uso prolongado del cuidado a largo plazo para aquellos que califican en base a sus recursos económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5c La mayoría de las pólizas del seguro suplementario de Medigap / Medicare cubren las necesidades del cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted tiene 85 años de edad o más, por favor pase a la pregunta **C8** en la página 18

C6

Asumiendo que usted llegue a vivir hasta los 85 de edad, ¿cuál es probabilidad de que su salud mental y física le permita a usted vivir independientemente en ese momento, es decir, vivir en el hogar sin ayuda y manejando usted sus propios asuntos? Por favor marque una [X] en un cuadrado en la línea de abajo indicando cual piensa usted que sea el porcentaje de probabilidad. (Marque UN cuadrado así [X])

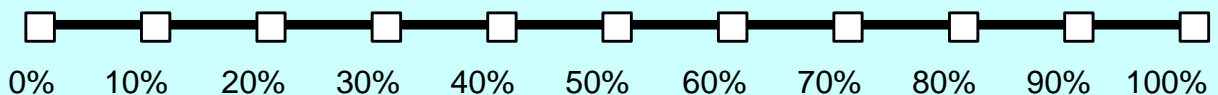


Absolutamente
no hay
probabilidades

Absolutamente
seguro(a)

C7

Para una persona típica de su misma edad y género que llega a vivir hasta los 85 años de edad, ¿cuál es la probabilidad de que la salud física y mental de él/ella le permitan vivir independientemente en ese momento, es decir, vivir en el hogar sin ayuda y manejando sus propios asuntos? Por favor marque una [X] en un cuadrado en la línea de abajo indicando cual piensa usted que sea el porcentaje de probabilidad. (Marque UN cuadrado así [X])



Absolutamente
no hay
probabilidades

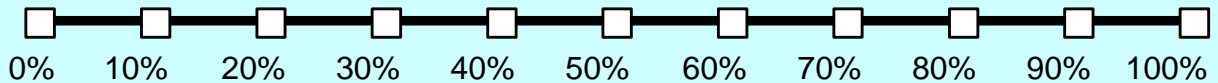
Absolutamente
seguro(a)



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

C8

En una escala del 0 al 100, ¿cuál es la probabilidad de que usted estará viviendo en un asilo para personas mayores en algún momento de su vida? Por favor marque una (X) en un cuadrado en la línea de abajo indicando cual piensa usted que sea el porcentaje de probabilidad. Si usted en la actualidad está viviendo en un asilo para personas mayores, por favor marque una [X] en "no es aplicable" abajo. (Marque UN cuadrado así [X])



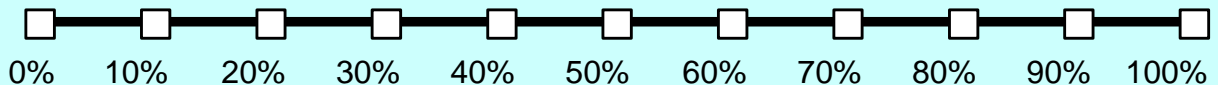
Absolutamente
no hay
probabilidades

No es aplicable; en la actualidad estoy viviendo en un asilo para personas mayores.

Absolutamente
seguro(a)

C9

Para una persona típica de la misma edad y género que usted, en una escala del 0 al 100, ¿cuál es la probabilidad de que él/ella esté viviendo en un asilo para personas mayores en algún momento de su vida? Por favor marque una [X] en un cuadrado en la línea de abajo indicando cual piensa usted que sea el porcentaje de probabilidad. (Marque UN cuadrado así [X])



Absolutamente
no hay
probabilidades

Absolutamente
seguro(a)

C10a

Pensando en el futuro, los recursos económicos extras serían más valiosos para usted. (Marque UN cuadrado así [X])

- ¿cuando usted tenga una salud mala, de tal manera, que usted pueda usar los recursos para proveerle los servicios para el cuidado a largo plazo que usted necesite?
o
 ¿cuando usted tenga buena salud, de tal manera que, usted pueda usar los recursos para pagar por cosas y servicios de los que usted pueda disfrutar?

C10b

Pensando en el futuro, los recursos económicos extras serían más valiosos para usted. (Marque UN cuadrado así [X])

- ¿cuando usted tenga una salud mala, de tal manera, que usted pueda usar los recursos para proveer más o mejores cuidados (asumiendo que su cuidado médico básico ya esté pagado)?
o
 ¿cuando usted tenga buena salud, de tal manera, que usted pueda usar los recursos para pagar por cosas y servicios de los que usted pueda disfrutar?



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

C10c Pensando en el futuro, los recursos económicos extras serían más valiosos para usted (Marque UN cuadrado así [X])

- ¿cuando usted tenga una salud mala, de tal manera, que usted pueda usar los recursos para pagar por cosas y servicios de los que usted disfrute (asumiendo que su cuidado médico básico ya esté pagado)?
o
- ¿cuando usted tenga buena salud, de tal manera, que usted pueda usar los recursos para pagar por cosas y servicios de los que usted pueda disfrutar?

C11a Suponga que hay un 50/50 de probabilidades de que en un año a partir de ahora usted esté viviendo en un asilo para personas mayores y un 50/50 de probabilidades de que usted esté sano y viviendo en su propio hogar.

También suponga que a usted se le ofrezca una póliza de seguros que le pagaría a usted \$10,000 ya sea que usted esté sano (a) y viviendo en su hogar, en dicho caso usted podría gastar el dinero en cosas y servicios de los que usted disfrutaría, O \$10,000 si usted está en un asilo para personas mayores que le ayudarían a pagar por su cuidado, O usted podría dividir los \$10,000 entre esas dos posibilidades (es decir \$5,000 para cada una).

¿Cuál de las siguientes opciones preferiría usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Me gustaría recibir \$10,000 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$0 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$7,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$2,500 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$2,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$7,500 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$0 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$10,000 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

C11b

Suponga que hay un 50/50 de probabilidades de que en un año a partir de ahora usted esté viviendo en un asilo para personas mayores y un 50/50 de probabilidades de que usted esté sano(a) y viviendo en su propio hogar.

También suponga que a usted se le ofrezca una póliza de seguros que le pagaría a usted \$10,000 ya sea que usted esté sano (a) y viviendo en su hogar, en dicho caso usted podría gastar el dinero en cosas y servicios de los que usted disfrutaría, O \$10,000 si usted está en un asilo para personas mayores donde usted puede gastar el dinero para obtener más y mejor cuidado, O usted podría dividir los \$10,000 entre esas dos posibilidades (es decir \$5,000 para cada una).

¿Cuál de las siguientes opciones preferiría usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Me gustaría recibir \$10,000 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$0 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$7,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$2,500 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$2,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$7,500 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$0 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$10,000 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

C11c

Suponga que hay un 50/50 de probabilidades de que en un año a partir de ahora usted esté viviendo en un asilo para personas mayores y un 50/50 de probabilidades de que usted esté sano (a) y viviendo en su propio hogar.

Suponga también que a usted se le ofrezca escoger una póliza de seguros que le pagaría a usted \$10,000 ya sea que usted esté sano (a) y viviendo en su hogar, O \$10,000 si usted está en un asilo para personas mayores, O usted podría dividir los \$10,000 entre esas dos posibilidades (es decir \$5,000 para cada una). Asuma que en cualquiera de los casos el costo de todo el cuidado médico está cubierto y que usted puede usar ese dinero adicional para comprar cosas y servicios de los que usted pueda disfrutar o que hagan su vida más cómoda.

¿Cuál de las siguientes opciones preferiría usted? (Marque UN cuadrado así [X])

- Me gustaría recibir \$10,000 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$0 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$7,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$2,500 si yo estuviera en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$2,500 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$7,500 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores
- Me gustaría recibir \$0 si yo estuviera sano(a) y viviendo en mi hogar y \$10,000 si yo estuviera viviendo en un asilo para personas mayores



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
C12a He pensado mucho en la posibilidad de necesitar cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12b Si en algún momento yo necesitara cuidado a largo plazo, yo preferiría recibir el cuidado de un ayudante profesional o enfermera en vez de mi esposo (a) u otro miembro de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12c Si algún miembro de mi familia (que no fuera mi esposo(a)), cuidara de mí, yo me sentiría obligado(a) a compensar a esa persona de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12d Es la obligación de los hijos ayudar a sus padres en sus necesidades del cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12g Es importante dejar un legado a los herederos de uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12f Las pólizas de seguro para el cuidado a largo plazo tienen un precio apropiado dado el costo del cuidado que éstas cubren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12g Me preocupa que una compañía de seguros pueda negar reclamos que sean razonables por el cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúe en la página 23



SECCIÓN C. CUIDADO A LARGO PLAZO

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
C12h Me preocupa que, una vez que yo tenga una póliza de seguros para el cuidado a largo plazo, la compañía de seguros pueda aumentar mis primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12i Me preocupa que una compañía de seguros no se mantenga en el negocio el tiempo suficientemente largo para pagar por mi cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12j Los contratos para el seguro del cuidado a largo plazo son complicados y difíciles de entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12k Un consejero financiero me ha sugerido que compre un seguro para el cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FINAL DE LA SECCIÓN C



SECCIÓN D. USO DE LOS SERVICIOS DE LOS PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES

D1

Muchas comunidades tienen disponible servicios especiales para personas mayores. ¿Ha utilizado usted alguna vez algún servicio patrocinado por una agencia de servicios o una organización comunitaria que ayuden a personas mayores? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No → Pase a la Sección **E** en la página 26

D2

¿Qué tipo de servicios utilizó usted? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

Comidas sobre ruedas

Otros servicios de alimentos o de nutrición

Servicios de transporte

Consejería financiera

Ayuda para hacer mis impuestos

Ayuda con Medicare u otros beneficios del seguro de salud

Consejería o uso de la línea telefónica de ayuda (helpline) para consejo legal

Consejería o uso de la línea telefónica de ayuda (helpline) de abuso a la tercera edad

Servicios de apoyo para proveedores de cuidado

Guardería para adultos /'respite care'

Servicios para individuos con Alzheimer's u otros tipos de demencia

Servicio de mandados

Ayuda para encontrar proveedores de cuidado

Ayuda para encontrar oportunidades para ser voluntario

Clases de ejercicios físicos

Clases para continuar la educación o recreativas

Yo utilizo el local de las personas de la tercera edad

Otras actividades sociales

Otro, especifique _____



SECCIÓN D. USO DE LOS SERVICIOS DE LOS PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES

D3

¿Está usted en la **actualidad** recibiendo alguno de estos servicios?
(Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Comidas sobre ruedas
- Otros servicios de alimentos o de nutrición
- Servicios de transporte
- Consejería financiera
- Ayuda para hacer mis impuestos
- Ayuda con Medicare u otros beneficios del seguro de salud
- Consejería o uso de la línea telefónica de ayuda (helpline) para consejo legal
- Consejería o uso de la línea telefónica de ayuda (helpline) de abuso a la tercera edad
- Servicios de apoyo para proveedores de cuidado
- Guardería para adultos /'respite care'
- Servicios para individuos con Alzheimer's u otros tipos de demencia
- Servicio de mandados
- Ayuda para encontrar proveedores de cuidado
- Ayuda para encontrar oportunidades para ser voluntario
- Clases de ejercicios físicos
- Clases para continuar la educación o recreativas
- Yo utilizo el local de las personas de la tercera edad
- Otras actividades sociales
- Otro, especifique _____

D4

¿Cuál es el nombre de la organización u organizaciones en su área que proveen estos servicios? Dé el nombre de hasta tres organizaciones, si es aplicable.

1. _____

2. _____

3. _____

FINAL DE LA SECCIÓN D



SECCIÓN E. VETERANOS

Las siguientes preguntas son sobre los veteranos del militar de los Estados Unidos. Por favor complete esta sección únicamente si usted ha servido en el servicio militar activo de los Estados Unidos. Si usted nunca ha servido en el servicio militar activo de los Estados Unidos, por favor pase a **→ la sección F en la página 30.**

E1

¿Cuándo prestó usted servicios en el servicio militar activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Desde

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

 hasta

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

E2

Si usted sirvió más de una vez, por favor indique los periodos adicionales del servicio aquí.

Desde

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

 hasta

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

Desde

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

 hasta

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

Desde

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

 hasta

(mes		
------	--	--

 -

año)				
------	--	--	--	--

E3

¿Tiene usted algún porcentaje de incapacidad conectado con su servicio con la Administración de Veteranos (VA)? (Marque UN cuadrado así [X])

Sí

No **→ Pase a la pregunta **E5** en la página 27**

No sé **→ Pase a la pregunta **E5** en la página 27**

E4

Por favor marque el cuadrado que refleje su porcentaje de incapacidad conectado a su servicio. (Marque UN cuadrado así [X])

Menos del 10 por ciento Del 50 al 69 por ciento

Del 10 al 29 por ciento 70 por ciento o más

Del 30 al 49 por ciento No sé



SECCIÓN E. VETERANOS

E5

En los últimos doce meses, ¿ha obtenido usted cuidado médico o medicamentos recetados de alguna institución de la Administración de Veteranos (VA)?
(Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No → Pase a la pregunta **E8**

E6

¿Qué tipo de cuidado obtuvo usted de la Administración de Veteranos (VA)?
(Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Cuidado como paciente interno en un hospital
- Cuidado como paciente externo / en la oficina del doctor
- Medicamentos recetados
- Cuidado de emergencia
- Consejería o servicios de salud mental
- Cuidado de los ojos o anteojos
- Terapia física
- Otro, especifique

E7

En general, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con la Administración de Veteranos (VA)? (Marque UN cuadrado así [X])

- Muy satisfecho(a) → Pase a la pregunta **E10**
- Algo satisfecho(a) → Pase a la pregunta **E10**
- Neutral → Pase a la pregunta **E10**
- Algo insatisfecho(a) → Pase a la pregunta **E10**
- Muy insatisfecho(a) → Pase a la pregunta **E10** en la página 28

E8

¿Es usted elegible para recibir servicios de la Administración de Veteranos (VA)?
(Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No → Pase a la pregunta **E10**
- No estoy seguro(a) → Pase a la pregunta **E10** en la página 28



SECCIÓN E. VETERANOS

E9

Por favor díganos por qué no obtiene servicios de la Administración de Veteranos (VA). (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Tengo otra cobertura
- No vivo cerca de ninguna de sus instituciones
- No necesito ningún servicio
- Prefiero un proveedor que no sea de la Administración de Veteranos (VA)
- Toma mucho tiempo para conseguir una cita en la Administración de Veteranos (VA)
- Otra, especifique _____

Las siguientes preguntas son para todos los veteranos, incluyendo a esos que no usan los servicios de la Administración de Veteranos (VA).

E10

En los últimos doce meses, ¿ha obtenido usted atención de proveedores que no son proveedores de la Administración de Veteranos (VA)? (Marque UN cuadrado así [X])

- Sí
- No → Pase a la pregunta **E12** en la página 29

E11

¿Qué clase de cuidado obtuvo usted de esos proveedores que no son de la Administración de Veteranos (VA)? (Marque todas las que sean aplicables así [X])

- Cuidado como paciente interno en un hospital
- Cuidado como paciente externo / en la oficina del doctor
- Medicamentos recetados
- Cuidado de emergencia
- Consejería o servicios de salud mental
- Cuidado de los ojos o anteojos
- Terapia física
- Otro, especifique _____



SECCIÓN E. VETERANOS

E12 En general, ¿cómo evaluaría usted la calidad del cuidado que provee la Administración de Veteranos (VA) comparada con otros proveedores que no son de la Administración de Veteranos (VA)? (Marque UN cuadrado así [X])

- La VA es mucho mejor
- La VA es algo mejor
- Los dos son casi lo mismo
- Los que no son de la VA son algo mejor
- El que no es de la VA es mucho mejor

E13 Por favor indique cómo evaluaría en general la calidad del cuidado de la Administración de Veteranos (VA), comparado con el cuidado de los que no son de la Administración de Veteranos (VA) en los siguientes servicios. (Marque UN cuadrado así [X] en cada línea)

	VA es mejor	Es casi lo mismo	El que no es VA es mejor
E13a Cuidado como paciente interno en un hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13b Cuidado como paciente externo/en la oficina del doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13c Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13d Cuidado de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13e Consejería o servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13f Cuidado de los ojos o anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13g Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECCIÓN E. VETERANOS

E14 Por favor indique cómo evaluaría en general la calidad del cuidado de la Administración de Veteranos (VA), comparado con el cuidado de los que no son de la Administración de Veteranos (VA) en las siguientes dimensiones.
(Marque UN cuadrado así [X] en cada línea)

	VA es mejor	Es casi lo mismo	El que no es VA es mejor
E14a No tengo que esperar mucho para obtener una cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14b Cuando llego a mi cita, no tengo que esperar mucho en el cuarto de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14c No tengo que viajar muy lejos para llegar allí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14d El cuidado se centra alrededor de mis necesidades y preferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14e Mis proveedores trabajan como equipo para cuidar de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14f Los doctores me tratan con cortesía y respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14g Las enfermeras, farmacéuticos y otros proveedores no médicos me tratan con cortesía y respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14h Las recepcionistas y el otro personal me tratan con cortesía y respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FINAL DE LA SECCIÓN E



SECCIÓN F. ÚLTIMAS PREGUNTAS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

F1

¿Fueron las preguntas de este cuestionario contestadas por la persona a quien el cuestionario fue dirigido, o alguien lo contestó por esa persona?

(Marque UN cuadrado así [X])

- Sí, las preguntas fueron contestadas por la persona a la que el cuestionario fue dirigido
- Las preguntas fueron contestadas por el/la esposo(a) compañero(a) de esa persona
- Las preguntas fueron contestadas por el hijo o hija de esa persona
- Las preguntas fueron contestadas por otra persona:

Por favor diga si usted es un familiar, un(a) amigo(a), un proveedor de cuidados o qué:

F2

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le tomó completar este cuestionario?

--	--	--

de minutos

F3

Por favor, agregue cualquier comentario, que desee en el espacio de abajo:
(Todos los comentarios deben ir en el cuadro.)

¡Gracias por su participación en este importante estudio!



Por favor mándenlos de regreso su cuestionario contestado en el sobre de correo postal prepagado. Si tiene alguna pregunta sobre este cuestionario, por favor no dude en llamarnos al 1-855-647-6769.

¡Gracias!

Conducido por:

El Centro de Investigación y Encuestas
La Universidad de Michigan
(The Survey Research Center
The University of Michigan)

Patrocinado por:

**El Instituto Nacional de la Vejez
(The National Institute on Aging)**

