Por favor mándenos 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 1-800-643-7605.

¡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
Los Centros de Medicare y los Servicios de Medicaid
(The National Institute on Aging Centers for Medicare and Medicaid Services)

1111282602

Health and Retirement Study

Place barcode label here

Name and ID#

Estudio de la Salud y la Jubilación:

Estudio sobre los Medicamentos Recetados 2007

COMO RELLENAR 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 use un lápiz del #2.

Borre bien las marcas que no desea.

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 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 asegurar su privacidad. Este certificado puede ayudar a proteger a los investigadores de ser obligados a dar cualquier información que lo identifique. Por favor tome en cuenta que sí necesitamos 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 pueda hacerlo sola).

Muchas de las preguntas pueden ser contestadas haciendo una marca (X) en el cuadro (☐) que está frente a su respuesta. Habrá algunas preguntas que no le correspondan, y por lo mismo se le indicará que no las conteste. Cuando esto suceda, encontrará una flecha (➞) en la respuesta dirigiéndolo 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 1-800-643-7605.

¡GRACIAS!

Sección H: Comentarios

H1. ¿Las preguntas de este cuestionario fueron contestadas por la persona a la que este cuestionario fue dirigido, o contestó alguien más por esa persona? (Marque UNA (X).)

- ☐ Sí, las preguntas fueron contestadas por la persona a quien fue dirigido este cuestionario.
- ☐ Las preguntas fueron contestadas por el / la esposo(a) o compañero(a) de la persona a quien fue dirigido este cuestionario.
- ☐ Las preguntas fueron contestadas por el hijo o la hija de esa persona.
- ☐ Las preguntas fueron contestadas por alguien más: Por favor indique si usted es un pariente, un amigo, una persona que provee cuidados y asistencia, o qué:_____

H2. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le tomó completar esta entrevista?

☐☐☐ # de minutos

H3. Por favor agregue cualquier comentario que usted desee en el espacio a continuación:

(Todos los comentarios deben ser escritos dentro del cuadro.)

¡Gracias por su participación en este importante estudio!

2764282607

Sección G: Medicamentos sin receta médica

G1. Por favor anote cualquier medicamento sin receta médica que usted tome regularmente (no incluya ningún medicamento del que usted ya nos haya mencionado en la sección E). Por ejemplo, pueden ser cosas como aspirinas o antiácidos o medicinas para la alergia o medicamentos herbales.

a. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

b. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

c. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

d. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

f. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

g. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

h. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

i. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

j. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Final de la Sección G.

Sección A: El Acceso a las Medicinas Recetadas

A1a. ¿Usó usted medicamentos recetados el año pasado?

☐ Sí → **Pase a la pregunta A2.**

☐ No → **A1b.** ¿Tiene usted algún seguro que cubriría parte del costo de los medicamentos recetados si los tuviera que usar?

☐ Sí → **Pase a la sección B en la Página 3**

☐ No → **Pase a la sección B en la Página 11**

A2. ¿Quién hace la mayoría de las compras de los medicamentos recetados que usted usa o toma? (Marque una (X).)

☐ Yo mismo hago la mayoría de las compras.

☐ Mi esposo(a)/compañero(a) hace la mayoría de las compras.

☐ Mi hijo(a) u otro miembro de la familia hace la mayoría de las compras.

☐ Una enfermera u otro ayudante pagado hace la mayoría de las compras.

☐ Otro (por favor especifique: _____)

A3. ¿Cuántos diferentes medicamentos recetados ha usado o tomado usted en el último mes? ☐☐ # de medicamentos recetados

A4. De esos medicamentos recetados, ¿cuántos usa o toma usted de manera regular (por ejemplo cada día o cada semana)?

☐☐ # de medicamentos recetados

A5a. ¿Cuánto gasta usted generalmente de su propio dinero para una provisión de un mes de las medicinas que usa de manera regular?

$ ☐,☐☐☐.☐☐

A5b. En el último año, ¿cuánto es lo máximo que usted ha gastado para una provisión de un mes de las medicinas que usa de manera regular?

$ ☐,☐☐☐.☐☐

A6. En un mes típico, ¿de cuántas diferentes farmacias obtiene usted los medicamentos recetados (incluyendo las órdenes por correo)?

☐☐ # de farmacias

A7. Típicamente, ¿de dónde obtiene usted sus medicamentos recetados? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

- ☐ Una cadena grande de farmacias tales como Walgreen u Osco
- ☐ Una farmacia dentro de una tienda de abarrotes o de un supermercado
- ☐ Una farmacia que se encuentra dentro de una tienda de cadena de almacenes grandes tales como Target, Kmart o Wal-Mart
- ☐ Una farmacia independiente, que no es de cadena (una farmacia con propietario local)
- ☐ Una farmacia de la Administración de Veteranos
- ☐ Una farmacia dentro de una clínica médica u hospital
- ☐ Ordenados por correo
- ☐ A través del Internet
- ☐ Muestras gratis que dan los doctores
- ☐ Otro (por favor especifique: _____)

A8. ¿Qué tan frecuentemente compra usted sus medicamentos recetados de un proveedor de otro país como Canadá o México? (Marque UNA (X).)

- ☐ Nunca
- ☐ Raras veces
- ☐ Frecuentemente

A9. Además de sus medicamentos recetados, ¿cuál de los siguientes tipos de medicinas que se compran sin receta médica usa usted regularmente? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

- ☐ Calmantes para el dolor
- ☐ Antiácidos u otras medicinas estomacales
- ☐ Medicinas para alergias o resfriados
- ☐ Medicinas que ayudan a dormir
- ☐ Medicamentos herbales
- ☐ No uso ninguno de estos medicamentos regularmente

Final de la Sección A.

Sección F: Otros Medicamentos recetados

Si solamente toma diez medicamentos o menos, pase a la Sección G en la página 28.

F1. Por favor anote cualquier otro medicamento que usted toma (no incluya ningún medicamento del que usted ya nos haya mencionado en la sección E).

a. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

b. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

c. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

d. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

f. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

g. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

h. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

i. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

j. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Final de la Sección F.

Medicamento #10:

Si usted solamente toma nueve medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E55. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐ ☐ (cantidad) ☐ ☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E56. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E57. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐ , ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐

E58. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E59. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta** **F1.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta** **F1.**

E60. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

Sección B: Cobertura y Costo de las Recetas Médicas

B1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo funciona su seguro cuando compra los medicamentos recetados? (Marque UNA (X).)

☐ Yo pago parte del costo y el seguro paga el resto.

☐ Recibo un pequeño descuento del precio total con una tarjeta de descuento y yo mismo(a) pago el resto.

☐ Pago de mi bolsillo por todos los medicamentos el precio completo, sin el seguro. → **Pase a la Sección C en la Página 10**

☐ No pago nada.

☐ Otro

B2. ¿De dónde obtiene usted su plan de seguro más importante que cubre sus recetas médicas? (Marque UNA (X).)

☐ Un plan que ofrece mi empleo, el empleo de un miembro de la familia, o un ex-empleo o sindicato (unión)

☐ Un plan Parte D de Medicare

☐ Un Medicare HMO o Medicare Advantage Plan

☐ Medicaid

☐ La Administración de Veteranos

☐ Programa Estatal de Asistencia para medicamentos ('State Pharmacy Assistance Program')

☐ Otro (por favor especifique:_____)

☐ No sé

B3. ¿Cuál es el nombre de su plan de seguro más importante para sus recetas médicas?

☐ No sé

B4. La cobertura de su seguro para las recetas médicas, ¿tiene un deducible anual, es decir, una cantidad que usted mismo tiene que pagar cada año antes de que el seguro empiece a ayudar a pagar? (Marque UNA (X).)

- ☐ Sí
- ☐ No → **Pase a la Pregunta B6.**
- ☐ No sé → **Pase a la Pregunta B6.**

B5. Si es sí, ¿de cuánto es su deducible?

$ ☐,☐☐☐.☐☐ Se deducen por año

B6. ¿Qué tipo de cuota mensual hay en su seguro de medicamentos recetados? (Marque UNA (X).)

- ☐ Lo pago yo mismo(a)
- ☐ Está incluido en la cuota de mi HMO, Medicare Advantage o cobertura Medigap
- ☐ Se deduce de mi cheque del Seguro Social
- ☐ Se deduce de mi salario o del de mi esposo(a).
- ☐ Otro (por favor especifique:_____)
- ☐ No hay cuota mensual → **Pase a la Pregunta B8.**

B7. ¿De cuánto es el pago mensual de la cuota?

$ ☐,☐☐☐.☐☐ por mes

Medicamento #9:

Si usted solamente toma ocho medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E49. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E50. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E51. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E52. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E53. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

- ☐ Sí
- ☐ No → **Pase a la Pregunta E55.**
- ☐ No sé → **Pase a la Pregunta E55.**

E54. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

8310282600

Medicamento #8:

Si usted solamente toma siete medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E43. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐ ☐ (cantidad) ☐ ☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E44. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E45. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐ , ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐

E46. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E47. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta** E49.

☐ No sé → **Pase a la Pregunta** E49.

E48. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

B8. Algunos planes de salud tienen restricciones en el número, el tipo o la cantidad de dólares que ellos pagan por las recetas médicas. Marque todos los siguientes tipos de restricciones que tenga su plan. (Marque (X) todas las que le correspondan.)

☐ Mi plan no paga para nada por ciertos tipos de medicamentos

☐ Mi plan me hace pagar más por ciertos tipos de medicamentos.

☐ Mi plan sólo paga por cierto número de medicamentos al mes.

☐ Mi plan sólo paga hasta cierta cantidad de dinero cada mes.

☐ Mi plan sólo paga hasta cierta cantidad de dinero cada año.

☐ Otro tipo de restricción.

☐ Mi plan no tiene restricciones.

☐ No sé

B9. Algunos planes de salud tienen algo que se llama 'coverage gap' o 'doughnut hole', que significa que uno tiene que pagar todo o casi todo el costo de sus medicamentos por el resto del año después de que el seguro haya pagado hasta cierta cantidad. ¿Ha usted llegado hasta el 'covarage gap' en su plan de cobertura este año? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta** B11.

☐ Mi plan no tiene un 'coverage gap' → Pase al la Pregunta B12.

☐ No sé → **Pase a la Pregunta** B12.

B10. Si usted ha llegado hasta el 'coverage gap' en su plan este año, ¿ha hecho alguna de las siguientes cosas para ahorrar dinero una vez que llegó hasta ese punto? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

- ☐ Dejé de tomar uno o más de mis medicamentos
- ☐ Retrasé llenar uno o más de mis medicamentos
- ☐ Tomé menos cantidades para hacer que mis medicamentos duraran más
- ☐ Me salté una o varias dosis para hacer que mis medicamentos duraran más
- ☐ Conseguí muestras gratis de medicamentos
- ☐ No llené un nuevo medicamento recetado
- ☐ Compré los medicamentos fuera de Estados Unidos
- ☐ Dejé de comprar otras cosas para poder pagar por mis medicamentos
- ☐ Otro (por favor especifique:_____)

B11. ¿Dejó de comprar algunos medicamentos al principio del año para evitar llegar al 'coverage gap'? (Marque UNA (X).)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

B12. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su cobertura actual para sus recetas médicas? (Marque UNA (X).)

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

Medicamento #7:

Si usted solamente toma seis medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E37. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E38. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E39. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E40. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E41. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

- ☐ Sí
- ☐ No → **Pase a la Pregunta E43.**
- ☐ No sé → **Pase a la Pregunta E43.**

E42. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

8431282604

Medicamento #6:

Si usted solamente toma cinco medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E31. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E32. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E33. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E34. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E35. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta** E37.

☐ No sé → **Pase a la Pregunta** E37.

E36. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

B13. Diría usted que durante el último año, su cobertura para sus recetas médicas se ha: (Marque UNA (X).)

☐ Mejorado

☐ Quedado igual

☐ Empeorado

B14. Durante el año pasado (doce meses), ¿ha usted hecho alguna de las siguientes cosas? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

☐ Cambió a un plan de cobertura de recetas médicas diferente

☐ Cambió de la marca de un medicamento que usaba o cambió a una marca genérica para ahorrar dinero

☐ Habló con su doctor sobre cambiar de medicamentos para ahorrar dinero

B15. Durante el último año, ¿ha pensado en cambiar a un proveedor diferente o a un diferente plan de su mismo proveedor? (Marque UNA (X).)

☐ No, no he pensado en cambiar. Estoy contento(a) con mi plan.

☐ No, no he pensado en cambiar. Quiero evitar la molestia del proceso de tener que revisar todos los planes, compararlos y seleccionar

☐ Sí, he considerado brevemente cambiar a un plan o proveedor diferente

☐ Si, he considerado seriamente cambiar a un plan o proveedor diferente y he comparado los detalles de los planes

B16. ¿En general, qué tan bueno diría usted que es su plan de cobertura de medicamentos recetados (el plan en que esta inscrito para el 2007)? (Marque UNA (X).)

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
☐	☐	☐	☐	☐

B17. ¿Qué tan bueno diría usted que son las siguientes características de su plan actual de medicamentos recetados? (Marque una (X) por cada línea.)

	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
a. El costo mensual del seguro	☐	☐	☐	☐	☐
b. Los deducibles	☐	☐	☐	☐	☐
c. La cantidad que paga por cada medicamento recetado (co-pago)	☐	☐	☐	☐	☐
d. Mantener el mismo costo de mes a mes	☐	☐	☐	☐	☐
e. Los medicamentos que cubre y no cubre (formulario)	☐	☐	☐	☐	☐
f. Las selecciones de farmacias o las opciones de ordenar por correo	☐	☐	☐	☐	☐
g. El servicio al consumidor	☐	☐	☐	☐	☐

B18. ¿Qué tan importantes son para usted las siguientes características de su plan del seguro de medicamentos recetados? (Marque una (X) por cada línea.)

	Crítico	Muy importante	Importante	Menos importante	No es importante por nada
a. El costo mensual del seguro	☐	☐	☐	☐	☐
b. Los deducibles	☐	☐	☐	☐	☐
c. La cantidad que paga por cada medicamento recetado (co-pago)	☐	☐	☐	☐	☐
d. Mantener el mismo costo de mes a mes	☐	☐	☐	☐	☐
e. Los medicamentos que cubre y no cubre (formulario)	☐	☐	☐	☐	☐
f. Las selecciones de farmacias o las opciones de ordenar por correo	☐	☐	☐	☐	☐
g. El servicio al consumidor	☐	☐	☐	☐	☐

Medicamento #5:

Si usted solamente toma quatro medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E25. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E26. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E27. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E28. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E29. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta E31.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta E31.**

E30. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

Medicamento #4:

Si usted solamente toma tres medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E19. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E20. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E21. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E22. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E23. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta E25.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta E25.**

E24. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

B19. Por favor díganos cualquier otra cosa que usted piense que es importante sobre su plan de seguros de recetas médicas que nosotros no le hayamos preguntado.

(Todos los comentarios deben ser escritos dentro del cuadro.)

Final de la Sección B.

Sección C: Uso de Medicamentos Recetados

C1. Las próximas preguntas son sobre los problemas que usted quizá haya tenido debido al costo de los medicamentos recetados. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Nunca	1 ó 2 veces	3 ó 4 veces	Más de 4 veces
a. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia no llenó usted una receta debido al costo?	☐	☐	☐	☐
b. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia dejó de tomar sus medicamentos recetados debido al costo?	☐	☐	☐	☐
c. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia dejó de tomar la dosis indicada de un medicamento recetado con el propósito de ahorrar dinero?	☐	☐	☐	☐

C2. Durante el año pasado, ¿ha tenido usted algún efecto secundario, alguna reacción no deseada, u otros problemas de salud por los medicamentos que tomaba? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Sección D en la Página 11**

☐ No estoy seguro(a) → **Pase a la Sección D en la Página 11**

C3. Al pensar en la MÁS SEVERA de las reacciones que tuvo durante el año pasado, ¿qué hizo usted? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Si	No
a. ¿Redujo o dejó de tomar el medicamento por decisión propia?	☐	☐
b. ¿Habló con un doctor sobre esta reacción al medicamento?	☐	☐
c. ¿Visitó el consultorio de un doctor o cuarto de emergencia principalmente debido a esta reacción?	☐	☐
d. ¿Le pidió su doctor que redujera o dejara de tomar el medicamento por esta reacción?	☐	☐
e. ¿Se tomó otro medicamento o tratamiento para tratar esta reacción?	☐	☐
f. ¿Fue admitido a un hospital durante toda una noche principalmente debido a esta reacción?	☐	☐

Final de la Sección C.

Medicamento #3:

Si usted solamente toma dos medicamentos o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E13. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E14. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E15. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E16. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E17. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta E19.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta E19.**

E18. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

Medicamento #2:

Si usted solamente toma un medicamento o menos Pase a la Sección G en la página 28.

E7. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐ (cantidad) ☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E8. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E9. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E10. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E11. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta E13.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta E13.**

E12. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

Sección D: Medicare

Las siguientes preguntas tienen que ver con el programa y la cobertura de recetas medicas de Medicare. Ya sea que participe o no participe en un programa de Medicare, por favor trate de contestar las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

D1. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes descripciones de la Parte D de Medicare y el proceso de inscripción? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des acuerdo	Muy en des acuerdo	No aplica
a. Tuve suficiente información para determinar si sería beneficioso para mi.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Fue difícil determinar si medicamentos específicos son cubiertos por los planes que son ofrecidos.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Habían demasiados planes alternativos de los cuales escoger.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Fue útil tener más opciones de seguros alternativos.	☐	☐	☐	☐	☐
e. El proceso de inscripción fue muy complicado.	☐	☐	☐	☐	☐
f. Tuve dificultades con obtener respuestas a mis preguntas.	☐	☐	☐	☐	☐
g. El plan Parte D de Medicare realmente no cubre todos los medicamentos que promete cubrir.	☐	☐	☐	☐	☐
h. He tenido dificultad en obtener cobertura para los medicamentos recetados que necesito.	☐	☐	☐	☐	☐
i. He tenido dificultad en entender cómo funciona la Parte D de Medicare y los ahorros que me daría.	☐	☐	☐	☐	☐

8870282601

D2. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el programa de Medicare Parte D? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des acuerdo	Muy en des acuerdo	No sé
a. Tener compañías de seguros que compiten para que yo las elija mejora mis opciones.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Tener cobertura provista por medio de compañías privadas en vez de un solo programa manejado por el gobierno complica mi selección.	☐	☐	☐	☐	☐
c. La información provista por Madicare ha sido útil.	☐	☐	☐	☐	☐
d. La información sobre este programa provista por las compañías de seguros ha sido útil.	☐	☐	☐	☐	☐
e. Fue fácil obtener respuestas a mis preguntas.	☐	☐	☐	☐	☐
f. El proceso de inscripción fue claro y directo.	☐	☐	☐	☐	☐
g. La Parte D del programa de Medicare está bien diseñada.	☐	☐	☐	☐	☐
h. La Parte D del programa de Medicare es un grande beneficio para personas de mayor edad.	☐	☐	☐	☐	☐
i. Hubiera sido mejor proveer el seguro para los medicamentos automáticamente como parte de Medicare, en vez de un programa opcional con múltiples proveedores.	☐	☐	☐	☐	☐
j. Una vez que uno haya acabado con el proceso de inscripción, el programa de la Parte D funciona bien.	☐	☐	☐	☐	☐
k. La exclusión de algunos medicamentos en la lista de los medicamentos que están cubiertos por los planes de Medicare Parte D es una gran desventaja.	☐	☐	☐	☐	☐
l. El deducible de $250 dólares es muy desventajoso en el plan estándar de Medicare.	☐	☐	☐	☐	☐

E1. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

Qué tan fruerte ☐☐☐☐ ☐ mgs ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☐ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis ☐☐ (cantidad) ☐☐ (# de veces) por ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

E2. ¿Aproximadamente por cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Acabo de empezar ☐ 1 a 5 meses ☐ 6 a12 meses ☐ 1 a 2 años ☐ 3 a 5 años ☐ más de 5 años

E3. ¿Cuánto pagó la última vez que le llenaron esta receta? $ ☐,☐☐☐.☐☐

E4. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones en relación al medicamento # 1. (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Este medicamento es muy importante para mi salud.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Frecuentemente me ocasiona efectos secundarios desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Es demasiado caro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Es lo mejor que hay disponible para lo que hace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E5. En el último año, ¿se ha saltado o ha retrasado una dosis o no ha llenado una receta de este medicamento? (Marque UNA (X).)

☐ Sí

☐ No → **Pase a la Pregunta** **E7.**

☐ No sé → **Pase a la Pregunta** **E7.**

E6. ¿Qué tan importantes fueron para usted las siguientes razones para saltarse una dosis o para no llenar una receta cuando eso pasó? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Para nada importante	Algo importante	Muy importante
a. Costo	☐	☐	☐
b. Efectos secundarios desagradables	☐	☐	☐
c. Estaba fuera de la casa	☐	☐	☐
d. Por olvido	☐	☐	☐

Sección E. Medicinas

Para realmente entender el impacto de los medicamentos recetados en la salud y la seguridad económica de las personas que, como usted, viven en los Estados Unidos es necesario conocer algo de los medicamentos específicos que de hecho las personas están usando o tomando. En esta sección se le pide que provea información sobre cada uno de los diferentes medicamentos que toma la persona cuyo nombre está impreso en la portada de este cuestionario. No incluya ningún medicamento recetado a otra persona. Por favor anote todos los medicamentos recetados, incluyendo aquellos que sólo toma ocasionalmente. Hay diez páginas hasta para diez medicamentos. Si toma menos de diez, llene las páginas para aquellos que toma y después pase a la Sección G en la página 28. Si toma más de diez, llene las diez páginas para los diez medicamentos que usted considere los más importantes y por favor sólo dé los nombres de los otros medicamentos en la Sección F en la página 27.

En esta sección, la primera parte de cada página para cada medicamento pide información que debe de estar impresa en la etiqueta de la botella u otro envase de sus medicamentos. Un ejemplo de la etiqueta de un medicamento y de cómo completar la parte de arriba de la hoja de medicamentos se muestra a continuación.

Ejemplo de la etiqueta de un Medicamento Recetado

VAMC Ann Arbor, MI 48104-2300
506 (DD/) Ph: 866-316-9350
RX#4599773 Sept. 6 de 2005 Fill 1 of 1
Juan Doe 60-4596
Tome una cápsula por la boca como se indica en
la mañana y a la hora de dormir
Deséchela después de septiembre 6 de 2006 Mfr_____
Cantidad: 60 CAP Doctor Kroll, Phil
Phenytoin NA (Dilantin) 100MG SA CAP

Ejemplo del formulario de Medicamentos:

Medicamento #1:

E1. Por favor escriba lo que se le pida a continuación sobre la información de la etiqueta del medicamento recetado:

El nombre del medicamento (Por favor escriba claramente con LETRA DE MOLDE)

P	H	E	N	Y	T	O	I	N		N	A			(	D	I	L	A	N	T	I	N	)					

Qué tan fruerte | 1 | 0 | 0 | ☒ mg ☐ u otra medida

La forma del medicamento: ☒ Capsulas ☐ Tabletas ☐ Inhalante ☐ Liquido ☐ Gotas ☐ Otra forma

Instrucciones para la dosis | 1 | (cantidad) | 2 | (# de veces) por ☒ Día ☐ Semana ☐ Mes

D2. (cont.) ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el programa de Medicare Parte D? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des acuerdo	Muy en des acuerdo	No sé
m. El 'gap' en la cobertura del plan de Medicare estándar de los gastos de la farmacia que son entre $2,250 y $5,100 es muy desventajoso.	☐	☐	☐	☐	☐
n. Los planes Parte D de Medicare ofrecen una gran protección contra precios exuberantes en los costos de los medicamentos recetados.	☐	☐	☐	☐	☐
o. El cambiar los formularios de medicamentos incluidos bajo el plan de la Parte D de Medicare hace difícil saber si los medicamentos que uno necesita en el futuro vayan a ser cubiertos.	☐	☐	☐	☐	☐

D3. ¿Está usted actualmente inscrito el la parte del plan D del programa de Medicare o en el programa de HMO de Medicare o en el plan Advantage que ayuda pagar por los medicamentos recetados?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

D4. Los beneficiarios de Medicare con ingresos y recursos limitados puede calificar para obtener ayuda extra para pagar por la cobertura de sus medicamentos recetados. ¿Sabía usted de este programa?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

D5. ¿Ha aplicado usted para esta ayuda adicional?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

D6. ¿Qué tanto cree usted que los nuevos beneficios de recetas médicas de Medicare ayuden a las siguientes personas? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Ayudarán mucho	Ayudarán en algo	No ayudarán mucho	No ayudarán para nada	No sé
a. A personas con bajos ingresos.	☐	☐	☐	☐	☐
b. A personas con medicamentos recetados de costos muy altos	☐	☐	☐	☐	☐
c. A personas con medicamentos recetados de bajo costo	☐	☐	☐	☐	☐
d. A personas sin seguro para medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐
e. A personas que por otra parte tienen un buen seguro que les cubre sus medicamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
f. A una persona típica con Medicare.	☐	☐	☐	☐	☐

D7. Cuando se trata de hacer cambios en su cobertura de Medicare, ¿qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
a. Es más probable que haga una selección equivocada si tengo muchas diferentes opciones de donde escoger.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Cuando se trata de tomar decisiones sobre la cobertura de mi seguro de salud, prefiero tener a alguien con conocimientos que decida por mí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Prefiero tener mucha información sobre cada opción.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Prefiero escoger un plan sin la ayuda de nadie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D7. (cont.) Cuando se trata de hacer cambios en su cobertura de Medicare, ¿qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? (Marque una (X) respuesta por cada línea.)

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
e. Escoger un plan de Medicare es una tarea que prefiero evitar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Frecuentemente me siento agobiado(a) porque hay emasiada información sobre cada plan para poder asimilarla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Tengo dificultad entendiendo la información sobre las opciones de la cobertura de Medicare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Cuando tomo una decisión sobre Medicare, me preocupa que sea la equivocada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Estoy confundido(a) sobre los cambios en Medicare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Estoy disgustado(a) con los cambios en Medicare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D8. ¿En quién confía o con quién cuenta para que le ayude a tomar decisiones sobre el seguro de salud? (Marque (X) todas las que le correspondan.)

- ☐ Esposo(a)
- ☐ Hijos
- ☐ Otros miembros de la familia
- ☐ Amigos
- ☐ Doctor
- ☐ Enfermera u otro profesional a cargo del cuidado de la salud
- ☐ Consejero de finanzas
- ☐ Otro (por favor especifique:_____)
- ☐ Nadie

Final de la Sección D.