PART C. HEALTH CARE UTILIZATION

CP, YP, YA, YX

C1. These next questions are about health care, not counting treatment for mental health or substance abuse, or dental care. *Continue.*

Estas siguientes preguntas son acerca de servicios y cuidado de salud, no incluyendo tratamientos de salud mental o abuso de sustancias, ni cuidado dental. *Continue.*

CP, YP, YA, YX

C2. CHECK AGE: Is NAME's age...

18+ .....01→ *Continue*
<18 .....00→ *Go to C5*

YP, YA, YX (age 18+)
NHIS-D Adult Followback

C3. (FILL "DOES NAME" IF RTYPE=01, 03, "DO YOU" IF RTYPE=02) give (FILL "HIM/HER" IF RTYPE=01,03; "YOUR" IF RTYPE=02) own consent for medical care, or does someone else do that for (FILL "HIM/HER" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=02)?

¿Da (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) su propio consentimiento para atención médica, o lo hace otra persona por (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

PROBE: Who gives permission for (NAME's) medical treatment, for example, at a doctor's office or hospital?

PROBE: ¿Quién da consentimiento para (FILL "EL TRATAMIENTO MÉDICO DE NAME" IF RTYPE=01,03; "SU TRATAMIENTO MÉDICO" IF RTYPE=02) por ejemplo, en el consultorio de un doctor, o en un hospital?

(NAME) GIVES OWN CONSENT .....01→ *Go to C5*
SOMEONE ELSE GIVES CONSENT.....02→ *Continue*
IT VARIES .....03→ *Go to C5*
DON'T KNOW .....d→ *Go to C5*
REFUSED.....r→ *Go to C5*

YP, YA, YX (age 18+)
NHIS-D Adult Followback

C4. Who generally gives medical consent for (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02)?

Generalmente quién da consentimiento médico por (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

PARENT/LEGAL GUARDIAN.....01
OTHER FAMILY MEMBER.....02
AGENCY OR SCHOOL STAFF MEMBER.....03
OTHER (SPECIFY) ↓.....04
_____
DON'T KNOW.....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

C5. During the past 12 months, how many times, if any, (FILL "HAS NAME" IF RTYPE=01, 03; "HAVE YOU" IF RTYPE=02) seen a doctor or other health professional about (FILL "HIS/HER" IF RTYPE=01,03; "YOUR" IF RTYPE=02) health at a doctor's office, a clinic, or some other place?

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces, si las hubo, ha visto (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) a un doctor u otro profesional médico acerca de su salud, en una oficina o consultorio médico, en una clínica, o en algún otro lugar?

PROBE: Do not include times (FILL "NAME WAS" IF RTYPE=01, 03; "YOU WERE" IF RTYPE=02) hospitalized overnight, visits to hospital emergency rooms, home visits, or telephone calls. Also, don't include visits for mental health or substance abuse treatment, or dental care.

PROBE: This includes visits for routine care as well as care for (FILL "NAME'S" IF RTYPE=01, 03; "YOUR" IF RTYPE=02) special health condition.

PROBE: Por favor no incluya las veces en que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) pasó toda la noche en el hospital, visitas a la sala de emergencia del hospital, visitas en el hogar, o llamadas por teléfono. Tampoco incluya visitas por tratamiento de salud mental, o de abuso de sustancias ni por cuidado dental.

PROBE: Esto incluye visitas para servicios de rutina, y también para la atención de (FILL "LA" IF RTYPE=01,03; "SU" IF RTYPE=02) condición especial de salud (FILL "DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; ELSE BLANK).

|___|___|___| TIMES (0-100)

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Family Core (modified)

C6. During the past 12 months, how many different times, if any, did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) stay overnight or longer in a hospital? Do not include an overnight stay in the emergency room.

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diferentes, si las hubo, pasó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) toda la noche o más, en un hospital? Por favor no incluya una estadía por la noche entera en la sala de emergencia.

|___|___|___| TIMES (0-100)

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core (modified)

C7. During the past 12 months, how many times, if any, (FILL "HAS NAME" IF RTYPE=01, 03; "HAVE YOU" IF RTYPE=02) been to a hospital emergency room? This includes emergency room visits that resulted in a hospital admission.

Durante los últimos 12 meses, cuántas veces, si las hubo, estuvo (FILL "NAME"
IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en la sala de emergencia de un hospital? Esto incluye visitas a la sala de emergencia que resultaron en ser admitido(a) al hospital.

|___|___|___| NUMBER OF TIMES (0-100)

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core (modified)

C8. During the past 12 months, how many times, if any, (FILL "HAS NAME" IF RTYPE=01, 03; "HAVE YOU" IF RTYPE=02) had surgery or other surgical procedures either as an inpatient or outpatient?

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces, si las hay, tuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cirugía (una operación) u otros procedimientos quirúrgicos, como paciente internado (inpatient) o paciente externo (outpatient)?

|___|___|___| NUMBER OF TIMES (0-100)

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
Created

C9. Thinking about all the **physical** health care (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) received in the past 12 months, about how much did (FILL "YOU AND YOUR FAMILY" IF RTYPE=01, 02; "NAME AND HIS/HER FAMILY" IF RTYPE=03) pay out-of-pocket for this care? Include all doctors visits, hospital stays, and prescription medicines. Do not include money that will be reimbursed by insurance or any other source.

Pensando en todos los servicios de salud **física** que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió en los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) y su familia, de sus propios bolsillos, por estos servicios? Por favor incluya todas las visitas al doctor, estadías en el hospital, y medicinas recetadas. No incluya dinero que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

PROBE: Do not include money for mental health or substance abuse treatments. I'll ask about these later. Also, don't include money for dental care.
PROBE: No incluya dinero para tratamientos de salud mental o de abuso de sustancias. Le haré preguntas acerca de estos más tarde. Tampoco incluya dinero para pagar por cuidado dental.

$_____.00 AMOUNT PAID (0-999,999)

NONE.....00
DON'T KNOW .....d

REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C10. People often delay or do not get needed health care.

(IF AGE = < 18) In the past 12 months, have you delayed or gone without health care for (NAME)?

(IF AGE = 18 +) In the past 12 months, (FILL "HAS NAME" IF RTYPE = 01, 03, "HAVE YOU" IF RTYPE = 02) delayed or gone without health care for any reason?

Muchas veces, hay gente que aplaza o no consigue servicios de salud que necesitan.

(IF AGE = < 18) En los últimos 12 meses, ¿ha. aplazado Ud. o no ha tenido Ud. servicios de salud para (NAME)?

(IF AGE = 18 +) En los últimos 12 meses, ¿ha (FILL "NAME" IF RTYPE = 01,03;
"UD." IF RTYPE = 02) aplazado o no ha tenido servicios de salud, por cualquier razón?

YES .....01→ *Continue*
NO.....00
DON'T KNOW .....d → *Go to C12*
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C11. There are many reasons people have trouble getting medical care.

(IF AGE = < 18) Did you delay or not get health care for (NAME) because...
NOTE: IN C11_A – C11_F USE "YOU"

(IF AGE = 18 +) Did (FILL "NAME" IF RTYPE = 01, 03, "YOU" IF RTYPE = 02) delay or not get health care because...

Hay muchas razones por las cuales gente tiene dificultad en conseguir servicios de salud.

(IF AGE = < 18) ¿Aplazó Ud. o no consiguió Ud. servicios de salud para (NAME) porque...

(IF AGE = 18 +) ¿Aplazó o no consiguió (FILL "NAME" IF RTYPE = 01, 03; "UD." IF RTYPE = 02) servicios de salud porque .

Read list, code one for each	YES	NO	DK	RF
A. The clinic or doctor's office wasn't open when (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) could get there ...	01		00	d r
B. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) didn't have transportation	01	00	d	r
C. (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=02) didn't have money to pay the provider or didn't have insurance	01	00	d	r
D. The type of care (FILL "NAME" IF RTYPE= 01,03; "YOU" IF RTYPE=02) needed was not available in (FILL "HIS/HER" IF RTYPE= 01,03; "YOUR" IF RTYPE=02) area	01	00	d	r
E. (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=02) could not get approval from (FILL "HIS/HER" IF RTYPE=01,03; "YOUR" IF RTYPE=02) health plan or primary care doctor	01	00	d	r
F. Any other reason (SPECIFY) ↓	01	00	d	r

_____

A. La clínica o el consultorio del doctor no estaba abierta cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) podía ir	01		00	d r
B. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no tenía transporte	01	00	d	r
C. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no tenía dinero para pagar al proveedor, o no tenía seguro	01	00	d	r
D. El tipo de servicio que (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba no era disponible en su área	01	00	d	r
E. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no pudo recibir el apruebo de su plan de salud o de su médico de atención primaria (primary care doctor)	01	00	d	r
F. ¿Alguna otra razón? ↓	01	00	d	r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C12. During the past 12 months, was there any time when (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) needed dental care, including check-ups, but didn't get it?

Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún tiempo cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba cuidado dental, incluyendo chequeos (check-ups), pero no lo recibió?

YES .....01→ *Continue*
NO.....00
DON'T KNOW .....d → *Go to C14*
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C13. Why did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) not get the dental
care that (FILL "HE/SHE" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=2) needed?

¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) el cuidado dental que (FILL "ÉL/ELLA"=RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba?

Read list, code all that apply

Cost too much/Couldn't afford it 01
Not covered/Approved by Health Plan 02
No Dental Insurance.....03
Transportation Problems 04
Other (SPECIFY) 05

_____

Fue demasiado caro/ no lo pudo pagar 01
.....No fue asegurado/aprobado por su plan de salud 02
No tenía seguro dental 03
Problemas de transporte 04
Otra razón 05

_____

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

C14. About how long has it been since (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) last saw a dentist? Include all types of dentists, such as orthodontists, oral surgeons, and all other dental specialists, as well as dental hygienists.

¿Más o menos, cuánto tiempo ha pasado desde que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) vio a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas, tales como los que se especializan en ortodoncia (orthodontists), cirujanos de la boca (oral surgeons), y todos los otros especialistas dentales, y también a higienistas dentales.

Read if necessary, code one answer

6 MONTHS OR LESS 01
MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO 02
MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 2 YEARS AGO 03
MORE THAN 2 YEARS, BUT NOT MORE THAN 5 YEARS AGO 04
MORE THAN 5 YEARS AGO 05
NEVER 00
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C15. During the past 12 months, was there any time when (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) needed prescription medicines but didn't get them?

Durante los últimos 12 meses,¿hubo algún tiempo cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba medicinas recetadas, pero no las recibió?

YES .....01→ *Continue*
NO.....00
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r
→ *Go to C17*

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C16. Why did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) not get the prescription medicines that (FILL "HE/SHE" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=02) needed?

¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) las medicinas recetadas que (FILL "ÉL/ELLA"=RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba?

Read list, code all that apply

Cost Too Much/Couldn't Afford It.....01
No Insurance.....02
Not Covered/Approved By Health
Plan 03
Doctor Wouldn't Prescribe 04
Transportation Problems 05
Other (SPECIFY) .....↓.....06

_____

Fue demasiado caro/ no lo pudo pagar.....01
No tenía seguro 02
No fue aseguarado/aprobado por su plan de salud 03
El médico no quería recetar 04
Problemas de transporte 05
Otra razón↓ 06

_____

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX

C17. CHECK AGE: Is NAME's age...

3+ .....01→ *Continue*
<3 .....00→ *Go to Part D*

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C18. Now I'd like to ask about any **mental health care** (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) may have received. During the past 12 months, did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) **stay overnight** in a hospital or other place to receive services for mental health or substance abuse?

Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de algun otro **servicio de salud mental** que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) quizás haya recibió. Durante los últimos 12 meses, ¿**pasó** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) **la noche** en un hospital o algún otro lugar para recibir servicios de salud mental o de abuso de sustancias?

YES 01
NO.....00
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

→ *Go to C21*

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C19. Was this for mental health, substance abuse or both?

¿Fue esto para salud mental, para abuso de sustancias o para ambos?

Code one only

MENTAL HEALTH.....01
SUBSTANCE ABUSE.....02
BOTH.....03
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C20. Altogether how many times (FILL "WAS NAME" IF RTYPE=01,03; "WERE YOU" IF RTYPE=02) hospitalized to receive treatment for (FILL "MENTAL HEALTH" IF C19=01; FILL "SUBSTANCE ABUSE" IF C19=02; FILL "MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE" IF C19=03, D, R) during the past 12 months?

En total, ¿cuántas veces fue (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) internado(a) en el hospital para recibir tratamientos de (FILL "SALUD MENTAL" IF C19=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C19=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS IF C23=03, D, R) durante los últimos 12 meses?

|___|___|___| TIMES (0-100)

DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback (modified)

C21. During the past 12 months, did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) receive any **outpatient** mental health or substance abuse services? This includes services from a psychiatrist, psychologist, psychiatric social worker, or other health professional. By outpatient, we mean that (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) did not stay overnight in a hospital or other place.

Durante los últimos 12 meses, ¿recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algun otro servicio de salud mental o de abuso de sustancias como **paciente externo (outpatient)**? Esto incluye servicios de un psiquiatra, psicólogo, trabajadora social psiquiátrica, u otro profesional médico. Por paciente externo, queremos decir que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no pasó la noche en un hospital u otro lugar.

PROBE: This includes treatment received from a general practitioner or any other health professional. Do not include treatment for smoking cessation.

PROBE: Esto incluye tratamiento recibido de un doctor generalista o de cualquier otro profesional médico. No incluya tratamiento para parar de fumar.

YES .....01→ *Go to C23*
NO.....00
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX (age 3+)

C22. CHECK: Is C18=01, that is, did (NAME) receive **inpatient** mental health or substance abuse services?

YES .....01→ *Go to C25*
NO.....00→ *Go to Part D*

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C23. Was this for mental health, substance abuse or both?

¿Fue esto para salud mental, para abuso de sustancias o para ambos?

Code only one

MENTAL HEALTH.....01
SUBSTANCE ABUSE.....02
BOTH.....03
DON'T KNOW.....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback (modified)

C24. How many times did (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) receive (FILL "MENTAL HEALTH" IF C23=01, "SUBSTANCE ABUSE" IF C23=02, "MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE" IF C23=03, D, R) **outpatient** services during the past 12 months?

¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses, recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) servicios de (FILL "SALUD MENTAL" IF C23=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=03, D, R) como **paciente externo** (outpatient)?

|___|___|___| NUMBER OF TIMES (0-999)

DON'T KNOW.....d
REFUSED.....r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
Created

C25. About how much did (FILL "YOU AND YOUR FAMILY" IF RTYPE=01, 02; "NAME AND HIS/HER FAMILY" IF RTYPE=03) pay out-of-pocket for the (FILL "MENTAL HEALTH" IF C23=01; "SUBSTANCE ABUSE" IF C23=02; "MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE" IF C23=3, D, R) treatment that (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "YOU" IF RTYPE=02) received in the past 12 months? Include both inpatient and outpatient care. Do not include money that will be reimbursed by insurance or any other source.

¿Más o menos cuánto pagaron (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) y su familia, de sus propios bolsillos, por los tratamientos de (FILL "SALUD MENTAL" IF C23=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS IF C23=03, D, R) que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió durante los últimos 12 meses? Por favor incluya a ambos servicios de paciente

internado y de paciente externo. No incluya dinero que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

$_____.00 AMOUNT FAMILY PAID (0-999,999)

NONE.....0
DON'T KNOW .....d
REFUSED.....r