

SECCIÓN E. MEDICINAS

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ME GUSTARÍA TOMAR NOTA DE LOS MEDICAMENTOS, REMEDIOS Y OTRAS COSAS QUE USTED ESTÁ ACTUALMENTE TOMANDO O USANDO.

E.1

¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando?

Si ..... 1

No..... 2

Entrevistado no toma medicamentos.. 3 → **PASE a E.6**

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	<p><b>EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE:</b></p> <p>¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p><b>¿Quién se lo recetó?</b></p> <p>Médico..... 1</p> <p>Farmacéutico... 2</p> <p>Enfermera..... 3</p> <p>Usted mismo.... 4</p> <p>Otro (especifique). 5</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde.... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p><b>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?</b></p> <p>No lo toma de manera continua... 95</p> <p>No sabe..... 98</p> <p>No responde..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p><b>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</b></p> <p>Seguro social..... 1</p> <p>Otro seguro público..... 2</p> <p>Seguro privado..... 3</p> <p>De su propio bolsillo..... 4</p> <p>Hijos pagan..... 5</p> <p>Ministerio de Salud Pública..... 6</p> <p>Otro (especifique)..... 7</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
	<b>MEDICAMENTO O REMEDIO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MODO DE OBTENCIÓN</b>
1	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
2	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
3	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
4	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
5	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
6	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____
7	_____	_____	MESES ..... AÑOS ..... _____	_____

SECCIÓN E. MEDICINAS

CONTINÚA DE LA PÁGINA ANTERIOR ...

	E.2 LISTA DE MEDICAMENTOS O REMEDIOS	E.3	E.4	E.5
	<p><b>EN CASO DE QUE NO SE LOS HAYA MOSTRADO PREGUNTE:</b></p> <p>¿ME PODRÍA DECIR LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO O USANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p><b>¿Quién se lo recetó?</b></p> <p>Médico..... 1</p> <p>Farmacéutico... 2</p> <p>Enfermera..... 3</p> <p>Usted mismo.... 4</p> <p>Otro (especifique). 5</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde.... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p><b>¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?</b></p> <p>No lo toma de manera continua... 95</p> <p>No sabe..... 98</p> <p>No responde..... 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p><b>¿Cómo lo obtuvo o quién pagó este medicamento la última vez que lo compró?</b></p> <p>Seguro social..... 1</p> <p>Otro seguro público..... 2</p> <p>Seguro privado.... 3</p> <p>De su propio bolsillo..... 4</p> <p>Hijos pagan..... 5</p> <p>Ministerio de Salud Pública..... 6</p> <p>Otro (especifique)..... 7</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
	<b>MEDICAMENTO O REMEDIO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>MODO DE OBTENCIÓN</b>
8			MESES ..... AÑOS .....	
9			MESES ..... AÑOS .....	
10			MESES ..... AÑOS .....	
11			MESES ..... AÑOS .....	
12			MESES ..... AÑOS .....	
13			MESES ..... AÑOS .....	
14			MESES ..... AÑOS .....	
15			MESES ..... AÑOS .....	
16			MESES ..... AÑOS .....	
17			MESES ..... AÑOS .....	

SECCIÓN E. MEDICINAS

SR. ENCUESTADOR

En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

E.6

¿Actualmente toma usted (otros) remedios naturales como hierbas (medicina natural) o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?

- Si ..... 1  
No ..... 2  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9

REGRESE a E.2  
Y ANOTE

E.7

¿Usted toma o usa algún otro medicamento? Por ejemplo, aspirina u otro medicamento contra el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, ungüento o complementos alimenticios.

- Si ..... 1  
No ..... 2  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9

PASE a E.7b

E.7a

¿Durante las últimas dos semanas, ha tomado o usado alguno de estos medicamentos?

- Si ..... 1  
No ..... 2  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9

REGRESE a E.2  
Y ANOTE

E.7b FILTRO

Toma de medicamentos o remedios (ver preguntas E.2, E.6 y E.7)

- Toma al menos uno ..... 1  
No toma ninguno ..... 2

PASE a E.9

E.8

En total, durante el último mes, ¿cuánto gastó en medicinas sin contar lo que está pagando por algún programa o seguro (incluyendo inyecciones, cremas, etc., compradas con recetas médicas o sin receta)?

- Nada ..... 0  
Gasto total .....  
**Si la persona no recuerda sondee...**  
Menos de \$50 ..... 1  
\$51 o más, pero menos de \$100 ..... 2  
Más de \$101, pero menos de \$200 .... 3  
Más de \$201, pero menos de \$500 ....4  
Más de \$501, pero menos de \$2.000 ..5  
No sabe .....8  
No responde .....9

E.9

En algún momento durante el último año (12 meses), usted dejó de tomar o tomó menos de un medicamento que le fue recetado?

ENCIERRE CON UN  
CÍRCULO TODAS LAS  
OPCIONES QUE  
MENCIONE  
ESPONTÁNEAMENTE

- Si, ¿por qué?
- Por el costo ..... 1  
La medicina no estaba disponible ..... 2  
No tenía transporte ..... 3  
No le gusta tomar medicinas ..... 4  
Otra razón ..... 5  
*Especifique*  
No ..... 6  
No sabe ..... 8  
No responde ..... 9