

Módulo sobre SALUD para incluir en la EMIF NORTE: Flujo Procedentes de Estados Unidos

FOLIO

--	--	--	--

Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con su estado de salud en Estados Unidos.

1. Si compara su salud en Estados Unidos con la que tenía en México, ¿usted diría que fue...?

- | | |
|----------------|---------------|
| 01 Mucho mejor | 04 Peor |
| 02 Mejor | 05 Mucho peor |
| 03 Igual | |

--	--

2. Un médico o profesional de la salud le ha dicho que usted tiene algún problema de salud?

- 01 Sí (Continúe) 02 No (Pase a preg. 3)

--	--

2.1 ¿Le diagnosticó alguno de los siguientes problemas de salud....?

- 01 Sí
(No, Pase a siguiente enfermedad)

- 02 No

2.2 ¿Le fue detectado antes o después de su llegada a Estados Unidos?

- 01 Antes 02 Después

2.3 ¿Ha seguido algún tratamiento recetado por un médico?

- 01 Sí 02 No

- | | |
|----|--------------------------------|
| 01 | Hipertensión (Presión alta) |
| 02 | Diabetes (Azúcar en la sangre) |
| 03 | Colesterol alto |
| 04 | Cáncer |
| 05 | Alguna enfermedad respiratoria |
| 06 | Alguna enfermedad del corazón |
| 07 | Tuberculosis |
| 08 | Obesidad o sobrepeso |
| 09 | Depresión o ansiedad (Nervios) |
| 10 | Alguna enfermedad del estómago |

3. Durante su estancia en Estados Unidos, ¿frecuentemente se sintió...?

- | | | |
|-----------------------------------------|-------|-------|
| 01 Deprimido / triste | 01 Sí | 02 No |
| 02 Nervioso / intranquilo / desesperado | | |
| 03 Cansado / agotado | | |

Sobre el cuidado de su salud durante su estancia en Estados Unidos

4. ¿Cuánto tiempo hace que visitó a un médico o profesional de la salud?

Cantidad (Ejem. 1,2,3, etc.)

Tiempo (Ejem. días, meses, etc.)

--	--

--	--

Cantidad

Tiempo

Tiempo:

- 00 Nunca (Pase a preg. 4.1)

- 01 Días

- 02 Semanas

- 03 Meses

- 04 Años

PASE A PREG. 4.2

(2 años o más, Pase a preg. 4.1)

4.1 ¿Por qué no lo ha visitado?

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 01 No lo necesitó | 04 Por miedo a "la migra" |
| 02 No tenía seguro | 05 No tenía dinero |
| 03 El seguro no lo cubría | 06 Otra causa (Especifique) |

--	--

→ PASE A PREG. 5

4.2 ¿En que país visitó al medico?

- 01 Frontera Norte de México 02 Resto de México 03 Estados Unidos

--	--

Accidentes y salud en el trabajo en Estados Unidos

5. Durante su estancia en Estados Unidos, ¿tuvo algún accidente o enfermedad a consecuencia de su trabajo que requiriera atención médica?

- | | |
|------------------------------|------------------------------------------|
| 01 Sí, accidente (Continúe) | 03 Sí, accidente y enfermedad (Continúe) |
| 02 Sí, enfermedad (Continúe) | 04 No (AGRADEZCA Y TERMINE) |

--	--

CONTINÚA A LA VUELTA

6. ¿La atención médica que recibió fue pagada por...?		<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
01 La empresa o patrón 02 Seguro (aseguranza propia) 03 Seguro público (MEDICAL, MEDICARE, MEDICAID, y otros) 04 Recursos propios y/o de familiares o amigos 05 No hubo costo / clínica comunitaria 06 Otra (Especifique) _____			
7. ¿El accidente o enfermedad lo incapacitó de manera...?		<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
01 Temporal 02 Permanente 03 No lo incapacitó (Pase a preg. 10)			
9. ¿En cuánto tiempo regresó a su trabajo?		<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
_____ Cantidad (Ejem. 1,2,3, etc.)	_____ Tiempo (Ejem. días, meses, etc.)	Cantidad	Tiempo
Tiempo: 01 Días 02 Semana 03 Meses 04 Años 86 No dejó de trabajar 87 No regresó porque lo despidieron 88 No quiso regresar a trabajar			
10. ¿Recibió algún tipo de indemnización o pensión por parte de su empleador?		<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
01 Sí	02 No		

AGRADEZCA Y TERMINE