

CAHPS® Hospital Survey

(Spanish)

Encuesta CAHPS® Sobre Atención Hospitalaria

INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo hospitalizado durante la estancia que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ Conteste todas las preguntas marcando con una ☒ el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo:

- ☐ Sí
- ☒ No → *Si contestó "No", pase a la Pregunta 1*

El número en la cubierta de esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.

Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-22 en esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la portada de este cuestionario. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

EL CUIDADO QUE RECIBÍÓ DE LAS ENFERMERAS

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre
2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre
3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nunca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A veces |
| 3 | <input type="checkbox"/> | La mayoría de las veces |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Siempre |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Nunca usé el botón |

EL CUIDADO QUE RECIBÍÓ DE LOS DOCTORES

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre
6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre
7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?

1	<input type="checkbox"/>	Nunca
2	<input type="checkbox"/>	A veces
3	<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces
4	<input type="checkbox"/>	Siempre

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia

mantenían su cuarto y su baño limpios?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 12

11. ¿ Con qué frecuencia, le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿tuvo que pedir medicamentos para el dolor?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 15

13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le controlaban bien el dolor?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia hacía el personal del hospital todo lo que podía para aliviar su dolor?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 18

16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para que era el medicamento?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?

- ¹ ☐ Nunca
- ² ☐ A veces
- ³ ☐ La mayoría de las veces
- ⁴ ☐ Siempre

CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL

18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?

- ¹ ☐ A mi casa
- ² ☐ A la casa de otra persona
- ³ ☐ A otra institución de salud → Si “Otra”, Pase a la Pregunta 21

19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No

20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la portada de este cuestionario. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

21. Usando un número del 0 al 10 el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- ⁰⁰ ☐ 0 El peor hospital posible
- ⁰¹ ☐ 1
- ⁰² ☐ 2
- ⁰³ ☐ 3
- ⁰⁴ ☐ 4
- ⁰⁵ ☐ 5
- ⁰⁶ ☐ 6
- ⁰⁷ ☐ 7
- ⁰⁸ ☐ 8
- ⁰⁹ ☐ 9
- ¹⁰ ☐ 10 El mejor hospital posible

22. ¿Le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- ¹ ☐ Definitivamente no
- ² ☐ Probablemente no
- ³ ☐ Probablemente sí
- ⁴ ☐ Definitivamente sí

ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

23. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ¹ ☐ Excelente
- ² ☐ Muy buena
- ³ ☐ Buena
- ⁴ ☐ Regular
- ⁵ ☐ Mala

24. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- ¹ ☐ 8 años de escuela o menos
- ² ☐ 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- ³ ☐ Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- ⁴ ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años (por ejemplo: AA, AS)
- ⁵ ☐ Título universitario de 4 años (por ejemplo: BA, AB, BS)
- ⁶ ☐ Título universitario de más de 4 años

25. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- ¹ ☐ No, ni hispano ni latino
- ² ☐ Sí, Puertorriqueño
- ³ ☐ Sí, Mexicano, Mexicano- Americano, Chicano
- ⁴ ☐ Sí, Cubano
- ⁵ ☐ Sí, otro hispano/latino

26. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- ¹ ☐ Blanca
- ² ☐ Negra o Afro Americana
- ³ ☐ Asiática
- ⁴ ☐ Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- ⁵ ☐ Indígena Americana o Nativa de Alaska

27. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- ¹ ☐ Inglés
- ² ☐ Español
- ³ ☐ Algún otro idioma (*Escriba su respuesta usando letra de molde*):

¡Gracias!

Por favor devuelva el cuestionario cuando lo haya completado en el sobre con el porte o franqueo pagado.

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le requiere que responda una recolección de información a menos que tal recolección exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección es 0938-0981. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS; 7500 Security Boulevard, S1-13-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.