

ATTACHMENT M
PARENT TELEPHONE SCREENING SCRIPT

**TELEPHONE SCRIPT FOR RECRUITMENT FOR PARENTS FROM
PATIENT CENTERED MEDICAL HOMES
(ENGLISH VERSION)**

For all callers:

Thank you for responding to our flyer. My name is ---- from [Mathematica Policy Research/The Urban Institute] and I'm working on the National Evaluation of the Children's Health Insurance Program Reauthorization Act (CHIPRA) Quality Demonstration, funded by the Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ).

Where did you see our flyer?

[Names of PCMH locations participating in focus groups will be listed as response options]

The purpose of these focus groups is to share your experiences with the health care services provided by [name of location] for your child. Your opinions will help us understand how to improve health care quality for children who are insured by Medicaid or CHIP.

If you are interested in participating in the study and you meet our eligibility requirements, we will invite you to attend a group discussion, sometimes called a focus group. The discussion will take about two hours of your time, and we will give you a \$50 gift card for participating. Please note that this discussion is meant for parents only and we are not able to provide childcare or transportation reimbursement.

Are you interested in answering a few questions to see if you are eligible to participate?

YES → CONTINUE TO QUESTION 1 ON NEXT PAGE.

NO → THANK AND END.

SCREENER FOR PCMH (PARENTS)

1. One of the requirements for participating in this research study is that your child (or the child you care for) is insured through Medicaid or CHIP, also known as [state-specific names]. Can you tell me which of the following types of health insurance your child has?

Medicaid

CHIP

Medicare → IF NOT ALSO INSURED BY MEDICAID OR CHIP, THANK AND END

Commercial or employer-sponsored insurance → THANK AND END

No insurance → THANK AND END

In the following questions, the phrase “this provider” refers to the location where you saw our focus group flyer.

2. In the last 12 months, how many times did your child visit this provider for care?

None → THANK AND END

1 time

2

3

4

5 to 9

10 or more times

3. How long has your child been going to this provider?

Less than 6 months → THANK AND END

At least 6 months but less than 1 year → THANK AND END

At least 1 year but less than 3 years

At least 3 years but less than 5 years

5 years or more

4. This focus group will be conducted in [English/Spanish]. Are you comfortable understanding and speaking [English/Spanish]?

Yes

No → THANK AND END

5. Have you participated in a focus group in the last 12 months?

Yes → THANK AND END

No

You meet the requirements to participate in the focus group. If you agree to participate, you will be allowed to skip any questions or part of the discussion that you don't want to answer or comment on for any reason. You will not be asked to tell us any detailed personal information about your child's medical condition. Our goal is to learn about your experiences with this provider in a number of areas, for example, what happens when you call and try to get an appointment.

6. Are you interested in participating?

YES → CONTINUE

NO → THANK AND END

We are conducting focus groups on the following times and dates:
[LIST OF TIMES/DATES AND LOCATIONS].

7. Do any of those work for you?

YES

→ RECORD PREFERRED TIME/DATE LOCATION AND CONTINUE:

NO → THANK AND END

8. I will need a way to contact you in order to confirm your participation a few days before the focus group. What is your first name the best way for me to reach you?

First name: _____

Phone: _____ RECORD _____ PHONE
NUMBER _____

Email: RECORD EMAIL ADDRESS _____

Mail: RECORD MAILING ADDRESS _____

I will contact you a few days before the focus group to confirm the date, time and location. Again, this should take about two hours of your time and you will receive a \$50 gift card as a thank you for your participation.

If you have any questions or find that you can't attend, please call us right away at [phone number] so that we can find a replacement.

9. There are some additional questions I need to ask you about your background, which will take about 10 minutes. Is now a good time, or would you prefer I make an appointment to call you back?

Yes, now is a good time → PROCEED TO #6

No → SCHEDULE A CONVENIENT TIME/DATE AND END

Record time/date: _____

**TELEPHONE SCRIPT FOR RECRUITMENT FOR PARENTS FROM
PATIENT CENTERED MEDICAL HOMES
(SPANISH VERSION)**

For all callers:

Gracias por responder a nuestro volante. Me llamo ----, (de Mathematica Policy Research/del Urban Institute). Estoy trabajando en la evaluación nacional de las demostraciones de calidad de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (que en inglés se conoce como CHIPRA), un proyecto financiado por la Organización para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés).

¿Dónde vio nuestro volante?

[Names of PCMH locations participating in focus groups will be listed as response options]

El objetivo de estos grupos muestra es que los participantes hablen de las experiencias que han tenido con los servicios de atención médica que [name of location] les presta a sus niños. Sus opiniones nos servirán para entender cómo se puede mejorar la calidad de la atención médica que reciben los niños que tienen seguro médico por parte de Medicaid o de CHIP.

Si le interesa participar en el estudio y cumple los requisitos para hacerlo, le invitaremos a una conversación en grupo que llamamos “grupo muestra”. La reunión durará unas dos horas. Por participar en ella le daremos una tarjeta de regalo por valor de \$50. Tenga en cuenta que se ha previsto que esta reunión sea solo para padres y no podemos proporcionar servicios de guardería ni reembolso de gastos de transporte.

¿Le interesa responder a unas pocas preguntas para ver si cumple los requisitos para participar?

___ YES → CONTINUE TO QUESTION 1 ON NEXT PAGE.

___ NO → THANK AND END.

SCREENER FOR PCMH (PARENTS)

1. Uno de los requisitos para participar en este estudio de investigación es que su niño (o el niño que usted cuida) tenga un seguro médico por parte de Medicaid o de CHIP, que también se conoce como [state-specific name]. ¿Puede decirme cuál de los siguientes tipos de seguro de salud tiene su niño?

Medicaid

CHIP

Medicare → IF NOT ALSO INSURED BY MEDICAID OR CHIP, THANK AND END

Seguro comercial o patrocinado por un empleador → THANK AND END

No tiene seguro → THANK AND END

En las siguientes preguntas, la expresión “este profesional médico” se refiere al lugar en el que vio el volante sobre el grupo muestra.

2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue su niño a ver a este profesional médico para recibir atención médica?

Ninguna → THANK AND END

1 vez

2 veces

3 veces

4 veces

Entre 5 y 9 veces

10 veces o más

3. ¿Cuánto tiempo hace que su niño ha estado yendo a este profesional médico?

Menos de 6 meses → THANK AND END

Al menos 6 meses pero menos de 1 año → THANK AND END

Al menos 1 año pero menos de 3 años

Al menos 3 años pero menos de 5 años

5 años o más

4. La reunión de este grupo muestra se llevará a cabo en español. ¿Entiende y habla español con facilidad?

Sí

No → THANK AND END

5. ¿Ha participado en un grupo muestra en los últimos 12 meses?

Sí → THANK AND END

No

Usted cumple todos los requisitos para participar en el grupo muestra. Si acepta participar, durante la reunión podrá saltarse cualquier pregunta que no quiera responder o cualquier tema de la conversación que no quiera comentar por el motivo que sea. No le pediremos que nos dé información personal detallada sobre la enfermedad que tiene su niño. Nuestro objetivo es enterarnos de las experiencias que ha tenido con este profesional médico en varios aspectos, por ejemplo, qué pasa cuando usted llama para tratar de conseguir una cita.

6. ¿Le interesa participar?

YES → CONTINUE

NO → THANK AND END

Vamos a realizar reuniones de grupos muestra en las fechas y los horarios que se mencionan a continuación:
[LIST OF TIMES/DATES AND LOCATIONS].

7. ¿Alguno de ellos le parece bien?

YES

→ RECORD PREFERRED TIME/DATE LOCATION AND CONTINUE:

NO → THANK AND END

8. Necesito tener una forma de comunicarme con usted para confirmar su participación unos días antes de la reunión del grupo muestra. ¿Cuál es su nombre de pila y la mejor manera de comunicarme con usted?

Nombre de pila: _____

Teléfono: _____ RECORD _____ PHONE
NUMBER _____

Dirección de correo electrónico: RECORD EMAIL
ADDRESS _____

Dirección postal: RECORD MAILING ADDRESS

Me comunicaré con usted unos días antes de la reunión del grupo muestra para confirmar la fecha, la hora y el lugar. Quiero mencionar de nuevo que la reunión durará unas dos horas y que recibirá una tarjeta de regalo por valor de \$50 en agradecimiento por su participación.

Si tiene alguna pregunta o se da cuenta de que no puede asistir, llámenos de inmediato al [phone number] para que podamos buscarle un reemplazo.

9. Tengo que hacerle unas preguntas más sobre sus antecedentes, que tardarán unos 10 minutos. ¿Le parece que este sea un buen momento o prefiere que fijemos una cita para que yo le vuelva a llamar?

____ Sí, este es un buen momento → PROCEED TO #6

____ No → SCHEDULE A CONVENIENT TIME/DATE AND END

RECORD TIME/DATE: _____