

Attachment 9.e. Survey Telephone Follow-Up Script (Spanish)

**MIPCD CATI SCRIPT
DRAFT INTRO SCREENS ONLY**

dial1:

INTERVIEWER PLEASE DIAL.....

DID A PERSON ANSWER THE PHONE (NOT OPERATOR)?

- 1 YES
- 2 NO

Intro1: ¿Puedo por favor hablar con {FILL SAMPLE MEMBER NAME}?

- 1 YES→(GO TO LTR_S)
- 2 NOT AVAILABLE RIGHT NOW
- 3 NO, DOES NOT LIVE HERE ANYMORE
- 4 NO→ REF
- 5 LANGUAGE BARRIER
- 6 SAMPLE MEMBER INCAPABLE (PHYSICALLY/MENTALLY INCAPABLE)—GO TO LTR_A
- 9 MORE CODES

INTERVIEWER NOTE: IF ASKED WHY CALLING SAY:-

Estoy llamando para hablar con {FILL SAMPLE MEMBER NAME} acerca de una encuesta que los Centros para los Servicios de Medicaid y Medicare de los Estados Unidos están llevando a cabo con personas en el programa (FILL STATEWIDE NAME) para aprender más acerca de sus experiencias con dicho programa. ¿Está {FILL SAMPLE MEMBER NAME} disponible?

LTR_A ¿Hay alguien ahí que sepa acerca de la experiencia que {FILL SAMPLE MEMBER NAME} tiene con el programa {FILL STATEWIDE NAME}?

PROBE TO FIND OUT IF PERSON IS AVAILABLE IN HOUSEHOLD TO DO INTERVIEW NOW.

- 1 YES (SOMEONE WILL DO INTERVIEW NOW) GO TO LTR_B
- 2 YES (NEED TO GET NAME/NUMBER FOR CB)
- 3 NO (CODE AS INCAPABLE) GO TO END SCREEN #3

PROXY_INTRO Los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid están llevando a cabo una encuesta acerca de la experiencia que {FILL SAMPLE MEMBER} tuvo con el programa {FILL STATEWIDE NAME}. Este es **solamente** un estudio.

Hace aproximadamente un mes {FILL SAMPLE MEMBER NAME} debió haber recibido una carta acerca de esta encuesta junto con el cuestionario de la encuesta. La carta decía que la encuesta será utilizada para ayudar a mejorar los programas para personas con Medicaid.

Todo lo que usted nos diga acerca de {FILL SAMPLE MEMBER NAME} será confidencial y esta protegido por la Ley de Privacidad. Su decisión de responder la encuesta no afecta ninguno de los beneficios que {FILL SAMPLE MEMBER NAME} actualmente recibe o espera recibir en el futuro. La encuesta tomará aproximadamente 20 minutos, dependiendo de qué tan rápido podamos hacer y responder las preguntas.

NEED TO RESCHEDULE OR THE RESPONDENT REFUSES, USE ESC KEY FOR BREAKOFF

1 = CONTINUE...GO TO Q1

F10 FOR QxQ

LTR_S: (Buenos días/Buenas tardes, me llamo _____). Estoy llamando en nombre de los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid, que están llevando a cabo una encuesta para aprender más acerca de su experiencia con el programa {FILL STATEWIDE NAME}. Este es un estudio **solamente**. Hace aproximadamente un mes, debió haber recibido una carta acerca de esta encuesta junto con el cuestionario de la encuesta. ¿Recuerda haber recibido la encuesta?

INTERVIEWER NOTE: IF THEY DO NOT RECOGNIZE THE PROGRAM NAME:-

Puede ser que usted también conozca el programa como: FILL SPECIFIC NAMES

- 1 YES→(GOTLTR)
- 2 NO→(NOLET)
- 3 **ALREADY MAILED IN QUESTIONNAIRE**→(GO TO END SCREEN #2)
CATI: CHECK THE CASE IN 7 DAYS. IF CASE HAS NOT BEEN CODED OUT IN THE CONTROL SYSTEM, CASE SHOULD COME UP FOR FOLLOW-UP CALL AGAIN.
- F3 DK→(NOLET)

GOTLTR:

Bien. Como decía la carta, todo lo que usted nos diga es confidencial y protegido por la Ley de la Privacidad. Es su decisión el contestar o no a la encuesta. Su decisión no

afectara los beneficios que recibe de Medicaid. La encuesta tomará aproximadamente 20 minutos, dependiendo de qué tan rápido podamos hacer y responder las preguntas.

NEED TO RESCHEDULE OR THE RESPONDENT REFUSES, USE ESC KEY FOR BREAKOFF

1 = CONTINUE

F10 FOR QxQ

Put the following in a Help screen: Si usted tiene alguna pregunta acerca de la encuesta o le gustaría recibir más información, por favor llame a Anne Kenyon, la directora de la encuesta en RTI, al número gratuito 1-800-334-8571, extensión 26574. Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante de un estudio, puede llamar a la Oficina de RTI de Protección de Participantes en Estudios al 1-866-214-2043 (número de teléfono gratuito).

NOLET:

Lamento que no haya recibido la encuesta. La misma indicaba que los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid están llevando a cabo un estudio importante referente a aprender más acerca de su experiencia con el programa [FILL STATEWIDE NAME]. Usted fue escogido(a) al azar de una lista de personas en el programa (STATEWIDE NAME) o estuvo en el programa en el pasado. Sus respuestas nos ayudaran a mejorar los programas para personas con Medicaid.

Todo lo que usted nos diga es confidencial y protegido por la Ley de la Privacida. Es su decisión el contestar o no a la encuesta. Su decisión no afectará los beneficios que recibe de Medicaid. La encuesta tomara aproximadamente 20 minutos, dependiendo de qué tan rápido podamos hacer y responder las preguntas.

Put the following in a Help screen: Si usted tiene alguna pregunta acerca de la encuesta o le gustaría recibir más información, por favor llame a Anne Kenyon, la directora de la encuesta en RTI, al número gratuito 1-800-334-8571, extensión 26574. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante de un estudio, puede llamar a la Oficina de RTI de Protección de Participantes en Estudios al 1-866-214-2043 (un número de teléfono gratuito).

START INTERVIEW.