

**Attachment A:**  
**ICH CAHPS Survey (English and Spanish)**

**Medicare In-Center Hemodialysis  
Survey**

CMS-10105, OMB 0938-0926 (approved: TBD)

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0926 (expires: TBD). The time required to complete this information collection is estimated to average 16 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

[This page intentionally left blank.]

## Survey Instructions

**This survey is about your experiences with dialysis care at [SAMPLE FACILITY NAME].**

Answer each question by marking the box to the left of your answer.

You are sometimes told to skip over some questions in this survey. When this happens you will see an arrow with a note that tells you what question to answer next, like this:

- <sup>1</sup>  Yes  
<sup>2</sup>  No → **If No, Go to Question 25**

**Where do you get your dialysis treatments?**

- 1  At home → **If At home, Go to Question 45**
- 2  At the dialysis center
- 3  I do not currently receive dialysis → **If I do not currently receive dialysis, Go to Question 45**

**How long have you been getting dialysis at [SAMPLE FACILITY NAME]?**

- 1  Less than 3 months → **If Less than 3 months, Go to Question 45**
- 2  At least 3 months but less than 1 year
- 3  At least 1 year but less than 5 years
- 4  5 years or more
- 5  I do not currently receive dialysis at this dialysis center → **If I do not currently receive dialysis at this dialysis center, Go to Question 45**

**YOUR KIDNEY DOCTORS**

**Your kidney doctors are the doctor or doctors most involved in your dialysis care now. This includes kidney doctors that you see inside and outside the center.**

**In the last 3 months, how often did your kidney doctors listen carefully to you?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did your kidney doctors explain things in a way that was easy for you to understand?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did your kidney doctors show respect for what you had to say?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did your kidney doctors spend enough time with you?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did you feel your kidney doctors really cared about you as a person?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst kidney doctors possible and 10 is the best kidney doctors possible, what number would you use to rate the kidney doctors you have now?**

- 0  0 Worst kidney doctors possible
- 1  1
- 2  2
- 3  3
- 4  4
- 5  5
- 6  6
- 7  7
- 8  8
- 9  9
- 10  10 Best kidney doctors possible

**Do your kidney doctors seem informed and up-to-date about the health care you receive from other doctors?**

- 1  Yes
- 2  No

## **THE DIALYSIS FACILITY STAFF**

**For the next questions, dialysis center staff does not include doctors. Dialysis center staff means nurses, technicians, dietitians, and social workers at this dialysis center.**

**In the last 3 months, how often did the dialysis center staff listen carefully to you?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did the dialysis center staff explain things in a way that was easy for you to understand?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did the dialysis center staff show respect for what you had to say?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did the dialysis center staff spend enough time with you?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did you feel the dialysis center staff really cared about you as a person?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did dialysis center staff make you as comfortable as possible during dialysis?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, did dialysis center staff keep information about you and your health as private as possible from other patients?**

- 1  Yes
- 2  No

**In the last 3 months, did you feel comfortable asking the dialysis center staff everything you wanted about dialysis care?**

- 1  Yes
- 2  No

**In the last 3 months, has anyone on the dialysis center staff asked you about how your kidney disease affects other parts of your life?**

- 1  Yes
- 2  No

**The dialysis center staff can connect you to the dialysis machine through a graft, fistula, or catheter. Do you know how to take care of your graft, fistula, or catheter?**

- 1  Yes
- 2  No

**In the last 3 months, which one did they use most often to connect you to the dialysis machine?**

- 1  Graft
- 2  Fistula
- 3  Catheter → If Catheter, Go to Question 22
- 4  I don't know → If Don't Know, Go to Question 22

**In the last 3 months, how often did dialysis center staff insert your needles with as little pain as possible?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always
- 5  I insert my own needles

**In the last 3 months, how often did dialysis center staff check you as closely as you wanted while you were on the dialysis machine?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, did any problems occur during your dialysis?**

- 1  Yes
- 2  No → If No, Go to Question 25

**In the last 3 months, how often was the dialysis center staff able to manage problems during your dialysis?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**In the last 3 months, how often did dialysis center staff behave in a professional manner?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**Please remember that for these questions, dialysis center staff does not include doctors. Dialysis center staff means nurses, technicians, dietitians, and social workers at this dialysis center.**

**In the last 3 months, did dialysis center staff talk to you about what you should eat and drink?**

- 1  Yes
- 2  No

**In the last 3 months, how often did dialysis center staff explain blood test results in a way that was easy to understand?**

- 1  Never
- 2  Sometimes
- 3  Usually
- 4  Always

**As a patient you have certain rights. For example, you have the right to be treated with respect and the right to privacy. Did this dialysis center ever give you any written information about your rights as a patient?**

- 1  Yes
- 2  No

**Did dialysis center staff at this center ever review your rights as a patient with you?**

- 1  Yes
- 2  No

**Has dialysis center staff ever told you what to do if you experience a health problem at home?**

- 1  Yes
- 2  No

**Has any dialysis center staff ever told you how to get off the machine if there is an emergency at the center?**

- 1  Yes
- 2  No

**Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst dialysis center staff possible and 10 is the best dialysis center staff possible, what number would you use to rate your dialysis center staff?**

- 0 Worst dialysis center staff possible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Best dialysis center staff possible

---

**THE DIALYSIS CENTER**

**In the last 3 months, when you arrived on time, how often did you get put on the dialysis machine within 15 minutes of your appointment or shift time?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always

**In the last 3 months, how often was the dialysis center as clean as it could be?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always

**Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst dialysis center possible and 10 is the best dialysis center possible, what number would you use to rate this dialysis center?**

- 0 Worst dialysis center possible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Best dialysis center possible

---

**TREATMENT**

**The next few questions ask about your care in the last 12 months. As you answer these questions, think only about your experience at [SAMPLE FACILITY NAME], even if you have not been receiving care there for the entire 12 months.**

**You can treat kidney disease with dialysis at a center, a kidney transplant, or with dialysis at home. In the last 12 months, did your kidney doctors or dialysis center staff talk to you as much as you wanted about which treatment is right for you?**

- Yes
- No

**Are you eligible for a kidney transplant?**

- Yes → **If Yes, Go to Question 39**
- No
- I don't know → **If Don't Know, Go to Question 39**

**In the last 12 months, has a doctor or dialysis center staff explained to you why you are not eligible for a kidney transplant?**

- Yes
- No

**Peritoneal dialysis is dialysis given through the belly and is usually done at home. In the last 12 months, did either your kidney doctors or dialysis center staff talk to you about peritoneal dialysis?**

- Yes
- No

**In the last 12 months, were you as involved as much as you wanted in choosing the treatment for kidney disease that is right for you?**

- Yes
- No

**In the last 12 months, were you ever unhappy with the care you received at the dialysis center or from your kidney doctors?**

- Yes
- No → **If No, Go to Question 45**

**In the last 12 months, did you ever talk to someone on the dialysis center staff about this?**

- Yes
- No → **If No, Go to Question 45**

**In the last 12 months, how often were you satisfied with the way they handled these problems?**

- Never
- Sometimes
- Usually
- Always

**Medicare and your State have special agencies that check the quality of care at this dialysis center. In the last 12 months, did you make a complaint to any of these agencies?**

- Yes
- No

**ABOUT YOU**

---

**In general, how would you rate your overall health?**

- 1  Excellent
- 2  Very good
- 3  Good
- 4  Fair
- 5  Poor

**In general, how would you rate your overall mental or emotional health?**

- 1  Excellent
- 2  Very good
- 3  Good
- 4  Fair
- 5  Poor

**Are you being treated for high blood pressure?**

- 1  Yes
- 2  No

**Are you being treated for diabetes or high blood sugar?**

- 1  Yes
- 2  No

**Are you being treated for heart disease or heart problems?**

- 1  Yes
- 2  No

**Are you deaf or do you have serious difficulty hearing?**

- 1  Yes
- 2  No

**Are you blind or do you have serious difficulty seeing, even when wearing glasses?**

- 1  Yes
- 2  No

**Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- 1  Yes
- 2  No

**Do you have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- 1  Yes
- 2  No

**Do you have difficulty dressing or bathing?**

- 1  Yes
- 2  No

**Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have difficulty doing errands alone, such as visiting a doctor's office or shopping?**

- 1  Yes
- 2  No

**What is the highest grade or level of school that you have completed?**

- 1  No formal education
- 2  5<sup>th</sup> grade or less
- 3  6<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, or 8<sup>th</sup> grade
- 4  Some high school, but did not graduate
- 5  High school graduate or GED
- 6  Some college or 2-year degree
- 7  4-year college graduate
- 8  More than 4-year college degree

**What language do you mainly speak at home?**

- 1  English
- 2  Spanish
- 3  Chinese
- 4  Samoan
- 5  Russian
- 6  Vietnamese
- 7  Portuguese
- 8  Some other language (please identify):  
\_\_\_\_\_

**Are you of Spanish, Hispanic, or Latino origin or descent?**

- 1  No, not Spanish/Hispanic/Latino
- 2  Yes, Puerto Rican
- 3  Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- 4  Yes, Cuban
- 5  Yes, other Spanish/Hispanic/Latino

**What is your race? (One or more categories may be selected.)**

- 1  White
- 2  Black or African American
- 3  American Indian or Alaska Native
- 4  Asian Indian
- 5  Chinese
- 6  Filipino
- 7  Japanese
- 8  Korean
- 9  Vietnamese
- 10  Other Asian
- 11  Native Hawaiian
- 12  Guamanian or Chamorro
- 13  Samoan
- 14  Other Pacific Islander

**Did someone help you complete this survey?**

- 1  Yes
- 2  No → **Thank you. Please return the completed survey in the postage-paid envelope.**

**Who helped you complete this survey?**

- 1  A family member
- 2  A friend
- 3  A staff member at the dialysis center
- 4  Someone else (please print):  
\_\_\_\_\_

**How did that person help you? Check all that apply.**

- 1  Read the questions to me
- 2  Wrote down the answers I gave
- 3  Answered the questions for me
- 4  Translated the questions into my language
- 5  Helped in some other way (please print):  
\_\_\_\_\_

**Thank you. Please return the survey in the enclosed envelope to:**

**VENDOR'S NAME  
STREET ADDRESS 1  
STREET ADDRESS 2  
CITY, STATE, ZIP**

# Encuesta de Medicare de los Centros de Hemodiálisis

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926 (expira: TBD). Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Instrucciones para el cuestionario

Esta encuesta trata de sus experiencias con el cuidado de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME].

Conteste cada pregunta marcando el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

- <sup>1</sup>  Sí
- <sup>2</sup>  No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 25

1. **¿En dónde le hacen los tratamientos de diálisis?**
- 1 En la casa → **Si contestó “En la casa”, pase a la pregunta 45**
  - 2 En un centro de diálisis
  - 3 Actualmente no recibo diálisis → **Si contestó “Actualmente no recibo diálisis”, pase a la pregunta 45**
2. **¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME]?**
- 1 Menos de 3 meses → **Si contestó “Menos de 3 meses”, pase a la pregunta 45**
  - 2 Al menos 3 meses pero menos de 1 año
  - 3 Al menos 1 año pero menos de 5 años
  - 4 5 años o más
  - 5 Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis → **Si contestó “Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis”, pase a la pregunta 45**

**SUS DOCTORES DE LOS RIÑONES**

Los doctores de los riñones son el doctor o los doctores que están más involucrados en su cuidado de diálisis actual. Esto incluye a doctores de los riñones dentro y fuera del centro de diálisis.

3. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención sus doctores de los riñones?**
- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 La mayoría de las veces
  - 4 Siempre
4. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sus doctores de los riñones le explicaban las cosas en una forma fácil de entender?**
- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 La mayoría de las veces
  - 4 Siempre
5. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sus doctores de los riñones mostraban respeto por lo que usted decía?**
- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 La mayoría de las veces
  - 4 Siempre
6. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasaron suficiente tiempo con usted sus doctores de los riñones?**
- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 La mayoría de las veces
  - 4 Siempre

7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió que sus doctores de los riñones realmente le apreciaban a usted como persona?

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

8. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es los peores doctores de los riñones posibles y 10 es los mejores doctores de los riñones posibles, ¿qué número usaría para calificar a los doctores de los riñones que tiene ahora?

- 0  0 Los peores doctores de los riñones posibles
- 1  1
- 2  2
- 3  3
- 4  4
- 5  5
- 6  6
- 7  7
- 8  8
- 9  9
- 10  10 Los mejores doctores de los riñones posibles

9. ¿Sus doctores de los riñones parecen estar informados y al tanto de la atención médica que usted recibió de otros doctores?

- 1  Sí
- 2  No

## EL PERSONAL DEL CENTRO DE DIÁLISIS

---

Para las siguientes preguntas, el personal del centro de diálisis no incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.

10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaba con atención el personal del centro de diálisis?

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

11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le explicaba las cosas a usted el personal del centro de diálisis en una forma fácil de entender?

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

12. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis mostró respeto por lo que usted decía?

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

**13. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasó suficiente tiempo con usted el personal del centro de diálisis?**

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

**14. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió que el personal del centro de diálisis realmente le apreciaba a usted como persona?**

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

**15. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le hizo sentirse lo más cómodo posible durante la diálisis?**

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

**16. En los últimos 3 meses, ¿el personal del centro de diálisis mantuvo la información sobre usted y sobre su salud de la manera más privada posible para que otros pacientes no la pudieran ver o escuchar?**

- 1 Sí
- 2 No

**17. En los últimos 3 meses, ¿se sintió lo suficientemente cómodo como para preguntarle al personal del centro de diálisis todo lo que quería saber acerca del tratamiento de diálisis?**

- 1 Sí
- 2 No

**18. En los últimos 3 meses, ¿alguien del personal del centro de diálisis le preguntó cómo su enfermedad de los riñones afecta otros aspectos de su vida?**

- 1 Sí
- 2 No

**19. El personal del centro de diálisis puede conectarle a la máquina de diálisis a través de un injerto, una fístula o un catéter o sonda. ¿Sabe cómo cuidar su injerto, fístula o catéter o sonda?**

- 1 Sí
- 2 No

**20. En los últimos 3 meses, ¿qué fue lo que usaron con más frecuencia para conectarle a la máquina de diálisis?**

- 1 Un injerto
- 2 Una fístula
- 3 Un catéter o sonda → Si contestó “Un catéter o sonda”, pase a la pregunta 22
- 4 No sé → Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 22

**21. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le insertó las agujas de manera que le causara el menor dolor posible?**

- 1  Nunca
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre
- 5  Yo me coloco las agujas solo

**22. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le chequeó tan de cerca como usted quería mientras estaba en la máquina de diálisis?**

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

**23. En los últimos 3 meses, ¿ocurrió algún problema durante su diálisis?**

- 1  Sí
- 2  No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 25

**24. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis pudo manejar los problemas que se presentaron durante su diálisis?**

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

**25. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis se comportó de manera profesional?**

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

**Recuerde que para estas preguntas, el personal del centro de diálisis no incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.**

**26. En los últimos 3 meses, ¿el personal del centro de diálisis habló con usted acerca de lo que debería comer y beber?**

- 1  Sí
- 2  No

**27. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le explicó los resultados de las pruebas de sangre de una manera fácil de entender?**

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

**28. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a ser tratado con respeto y tiene derecho a tener privacidad. ¿Alguna vez le dieron en este centro de diálisis información por escrito acerca de sus derechos como paciente?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**29. ¿Alguna vez el personal de este centro de diálisis repasó con usted sus derechos como paciente?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**30. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis le dijo qué debe hacer si tiene un problema de salud cuando está en casa?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**31. ¿Alguna vez un miembro del centro de diálisis le dijo cómo desconectarse de la máquina si hay una emergencia en el centro?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**32. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor personal del centro de diálisis posible y 10 es el mejor personal del centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar al personal de su centro de diálisis?**

- <sup>0</sup>  0 El peor personal posible del centro de diálisis  
<sup>1</sup>  1  
<sup>2</sup>  2  
<sup>3</sup>  3  
<sup>4</sup>  4  
<sup>5</sup>  5  
<sup>6</sup>  6  
<sup>7</sup>  7  
<sup>8</sup>  8  
<sup>9</sup>  9  
<sup>10</sup>  10 El mejor personal posible del centro de diálisis

---

**EL CENTRO DE DIÁLISIS**

---

**33. En los últimos 3 meses, cuando usted llegó a tiempo, ¿con qué frecuencia le conectaron a la máquina de diálisis a los 15 minutos o antes de su cita o turno?**

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

**34. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estaba el centro de diálisis tan limpio como podía estarlo?**

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

**35. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor centro de diálisis posible y 10 es el mejor centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar a este centro de diálisis?**

- 0 El peor centro de diálisis posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor centro de diálisis posible

### **TRATAMIENTO**

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado que recibió en los últimos 12 meses. Mientras responde estas preguntas, solo piense en sus experiencias en [SAMPLE FACILITY NAME], aunque no haya recibido cuidado todos los 12 meses.

**36. La enfermedad de los riñones puede ser tratada con diálisis en un centro de diálisis, un trasplante de riñón o con diálisis que se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones o el personal del centro de diálisis hablaron con usted tanto como lo deseaba sobre cuál era el tratamiento más adecuado para usted?**

- 1 Sí
- 2 No

**37. ¿Es usted elegible para recibir un trasplante de riñón?**

- 1 Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 39
- 2 No
- 3 No sé → Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 39

**38. En los últimos 12 meses, ¿le ha explicado un doctor o el personal del centro de diálisis por qué usted no es elegible para un trasplante de riñón?**

- 1 Sí
- 2 No

**39. La diálisis peritoneal es la que se hace a través de la barriga y la mayoría de las veces se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus doctores de los riñones o alguien del personal del centro de diálisis le habló acerca de la diálisis peritoneal?**

- 1 Sí
- 2 No

**40. En los últimos 12 meses, ¿estuvo usted tan involucrado como quería en escoger el tratamiento para la enfermedad de los riñones más adecuado para usted?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No

**41. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez estuvo descontento con el cuidado que recibió en el centro de diálisis o de sus doctores de los riñones?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 45

**42. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez habló con alguien del personal del centro de diálisis sobre esto?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 45

**43. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecho con la manera en la que manejaron esos problemas?**

- <sup>1</sup> Nunca  
 <sup>2</sup> A veces  
 <sup>3</sup> La mayoría de las veces  
 <sup>4</sup> Siempre

**44. Medicare y su estado tienen agencias especiales que verifican la calidad del cuidado de este centro de diálisis. En los últimos 12 meses, ¿presentó alguna queja a cualquiera de estas agencias?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No

---

**ACERCA DE USTED**

---

**45. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?**

- <sup>1</sup> Excelente  
 <sup>2</sup> Muy bueno  
 <sup>3</sup> Bueno  
 <sup>4</sup> Regular  
 <sup>5</sup> Malo

**46. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud mental o emocional?**

- <sup>1</sup> Excelente  
 <sup>2</sup> Muy bueno  
 <sup>3</sup> Bueno  
 <sup>4</sup> Regular  
 <sup>5</sup> Malo

**47. ¿Está en tratamiento por tener la presión alta?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No

**48. ¿Está en tratamiento porque tiene diabetes o el nivel de azúcar en la sangre alto?**

- <sup>1</sup> Sí  
 <sup>2</sup> No

**49. ¿Está en tratamiento porque tiene una enfermedad cardiaca o problemas del corazón?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**50. ¿Es usted sordo o tiene mucha dificultad para oír?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**51. ¿Es usted ciego o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes/anteojos?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**52. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**53. ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir escaleras?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**54. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

**55. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer mandados por sí mismo, como ir al consultorio de un doctor o ir de compras?**

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No

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

- <sup>1</sup>  Sin educación formal  
<sup>2</sup>  5° grado o menos  
<sup>3</sup>  6°, 7° u 8° grado  
<sup>4</sup>  Algo de preparatoria o 'high school' pero sin graduarse  
<sup>5</sup>  Graduado de la escuela preparatoria o 'high school' o GED  
<sup>6</sup>  Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años  
<sup>7</sup>  Título universitario de 4 años  
<sup>8</sup>  Título universitario de más de 4 años

**57. ¿Qué idioma habla usted principalmente en el hogar?**

- <sup>1</sup>  Inglés  
<sup>2</sup>  Español  
<sup>3</sup>  Chino  
<sup>4</sup>  Samoano  
<sup>5</sup>  Ruso  
<sup>6</sup>  Vietnamita  
<sup>7</sup>  Portugués  
<sup>8</sup>  Algún otro idioma (por favor, especifique):  
\_\_\_\_\_

**58. ¿Es usted de origen español, hispano o latino?**

- 1 No, no es de origen español, hispano o latino
- 2 Sí, puertorriqueño
- 3 Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- 4 Sí, cubano
- 5 Sí, de otro origen español, hispano o latino

**59. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más categorías.)**

- 1 Blanca
- 2 Negra o africana americana
- 3 India americana o nativa de Alaska
- 4 India asiática
- 5 China
- 6 Filipina
- 7 Japonesa
- 8 Coreana
- 9 Vietnamita
- 10 Otra raza asiática
- 11 Nativa de Hawái
- 12 Guameña o Chamorro
- 13 Samoana
- 14 Otra de las islas del Pacífico

**60. ¿Le ayudó alguien a llenar esta encuesta?**

- 1 Sí
- 2 No → **Gracias. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que no necesita estampilla de correo.**

**61. ¿Quién le ayudó a llenar la encuesta?**

- 1 Un miembro de su familia
- 2 Un amigo
- 3 Un miembro del personal del centro de diálisis
- 4 Otra persona (Por favor, escriba en letra tipo imprenta):  
\_\_\_\_\_

**62. ¿Cómo le ayudó esa persona? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan.**

- 1 Me leyó las preguntas
- 2 Escribió las respuestas que yo le di
- 3 Contestó las preguntas por mí
- 4 Tradujo las preguntas a mi idioma
- 5 Me ayudó de alguna otra manera (Por favor escriba en letra tipo imprenta):  
\_\_\_\_\_

**Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre adjunto a:**

**VENDOR'S NAME  
STREET ADDRESS 1  
STREET ADDRESS 2  
CITY, STATE, ZIP**