

SPANISH:
MAIL SURVEY COVER LETTERS,
REGULAR AND SCANNABLE QUESTIONNAIRES,
TELEPHONE INTERVIEW SCRIPT,
PROXY INTERVIEW SCRIPT

Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-1066. La fecha de vencimiento del número de control OMB 0938-1066 es TBD. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

This page intentionally left blank.

Sample Cover Letter for First Questionnaire Mailing in Spanish

Home Health Care CAHPS Survey

To be Printed on Home Health Agency or Vendor Letterhead

NAME

ADDRESS

CITY, STATE ZIP

Estimado(a) NAME:

[Agency Name] actualmente participa en una encuesta nacional para proveer información para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con información sobre la calidad de servicios de cuidado de la salud que reciben las personas en su casa. Nuestros archivos indican que recientemente [Agency Name] le proporcionó servicios de cuidado de salud *en su casa*. Usted, y otras personas que reciben estos servicios, han sido seleccionadas para participar en esta importante encuesta. Sus respuestas acerca del cuidado que recibe son importantes porque ayudarán a mejorar la calidad de servicios de cuidado de salud en casa.

Los resultados de la encuesta ayudarán a que las personas estén mejor informadas cuando elijan un proveedor de servicios de salud en casa. Los resultados se publicarán en Internet en 'Home Health Compare' en <http://www.medicare.gov/>. El cuestionario que adjuntamos le pide sus opiniones sobre el cuidado de salud que recibe en su casa. Esperamos que tome unos minutos para completarlo y devolverlo en el sobre provisto con franqueo postal prepago.

Si necesita ayuda en leer o contestar las preguntas, por favor pídale ayuda a un miembro de su familia o una amistad. Es importante que sus respuestas reflejen sus propias opiniones sobre los servicios que recibe, por favor **no** le pida a nadie en [Agency Name] que lo/la ayude cuando complete la encuesta.

Su participación en esta encuesta es voluntaria y no afectará a ninguno de los servicios o beneficios de salud que usted recibe. Toda la información que proporcione en esta encuesta se mantendrá confidencial y será protegida por la Ley de Privacidad. Lo que usted responda a la encuesta se combinará con las respuestas de todos los otros participantes; su nombre y la información que lo(a) puedan identificar no se va a asociar con sus respuestas cuando se analicen los datos. Es posible que los resultados de esta encuesta se compartan con la agencia de salud local para mejorar la calidad de los servicios. **Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a NAME gratis al 1-XXX-XXX-XXXX.** Le agradecemos con anticipación por su participación en esta encuesta.

Atentamente,

Name

Administrador(a) de la agencia de cuidados de salud en el hogar

Adjuntos

[PRINT SAMPLE IDENTIFICATION NUMBER HERE]

Sample Cover Letter
for Second Questionnaire Mailing to Mail Survey Nonrespondents in Spanish
Home Health Care CAHPS Survey
To be Printed on Home Health Agency or Vendor Letterhead

NAME
ADDRESS
CITY, STATE ZIP

Estimado(a) NAME:

Hace poco tiempo, le enviamos una carta pidiéndole su ayuda en una encuesta para proporcionar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos información sobre la calidad de servicios de salud que se les proporcionan a las personas en su casa. Seleccionamos su nombre de una lista de personas que reciben servicios de cuidado de salud en su casa de [Agency Name]. Hasta el día de hoy no hemos recibido el cuestionario que ha completado. Si usted ya lo ha devuelto, le damos las gracias.

Si aún no ha completado la encuesta, por favor tome unos minutos para hacerlo y devuélvala en el sobre provisto con franqueo postal prepago. Los resultados se publicarán en Internet en 'Home Health Compare' en <http://www.medicare.gov/>. Los resultados de esta encuesta ayudarán a que las personas estén mejor informadas cuando elijan un proveedor de servicios de salud en casa. Sus respuestas acerca del cuidado que recibe son importantes porque ayudarán a mejorar la calidad de servicios de cuidado de salud en casa.

Si necesita ayuda en leer o contestar las preguntas, por favor pídale ayuda a un miembro de su familia o una amistad. Es importante que sus respuestas reflejen sus propias opiniones sobre los servicios que recibe, por favor **no** le pida a nadie en [Agency Name] que lo/la ayude cuando complete la encuesta.

Su participación en esta encuesta es voluntaria y no afectará a ninguno de los servicios o beneficios de salud que usted recibe. Toda la información que proporcione en esta encuesta se mantendrá confidencial y será protegida por la Ley de Privacidad. Lo que usted responda a la encuesta se combinará con las respuestas de todos los otros participantes; su nombre y la información que lo(a) puedan identificar no se va a asociar con sus respuestas cuando se analicen los datos. Es posible que los resultados de esta encuesta se compartan con la agencia de salud local para mejorar la calidad de los servicios. **Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, por favor llame a NAME gratis al 1-XXX-XXX-XXXX.** Le agradecemos con anticipación por su participar en esta encuesta.

Atentamente,

Name
Administrador(a) de la agencia de cuidados de salud en el hogar

Adjuntos

[PRINT UNIQUE SAMPLE ID NUMBER HERE]

ENCUESTA DE CAHPS[®] SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CASA

2017

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- Responda todas las preguntas marcando el casillero a la izquierda de su respuesta.
- A veces se le indica que debe saltarse algunas preguntas de esta encuesta. Cuando ocurra, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta es la siguiente, de esta manera:

Sí → **Si respondió Sí, vaya a la pregunta 1, en la página 1.**

No

LOS SERVICIOS DE SALUD QUE USTED RECIBIÓ EN SU CASA

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME], una agencia que brinda servicios de salud en casa. ¿Es eso correcto?

Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de sus experiencias con esta agencia.

1 Sí

2 No → **Si respondió que No,**

por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.

2. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo qué tipo de atención y de servicios le darían?

1 Sí

2 No

3 No recuerda

3. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **le habló** sobre cómo debía colocar las cosas en su casa para poder moverse con mayor seguridad?

1 Sí

2 No

3 No recuerda

4. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todas las **medicinas** que usted estaba tomando ya sean **las recetadas por un médico o las que se compran sin receta**?

1 Sí

2 No

3 No recuerda

5. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió **ver** todas las medicinas que usted estaba tomando ya sean las recetadas por un médico o las que se compran sin receta?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No recuerda

**SU CUIDADO DE LOS
PROVEEDORES DE CUIDADO
DE LA SALUD EN SU CASA EN
LOS ÚLTIMOS 2 MESES**

Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [AGENCY NAME] que lo/la atendieron en los últimos 2 meses. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de servicios de salud a domicilio. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.

6. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia una enfermera o un enfermero?

- 1 Sí
- 2 No

7. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla?

- 1 Sí
- 2 No

8. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un asistente de salud en el domicilio o un asistente de cuidados personales?

- 1 Sí
- 2 No

9. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores de cuidado de salud de esta agencia parecían estar informados y al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que recibió en su casa?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre
- 5 En los últimos dos meses en que recibí servicios de salud en casa solamente me atendió un proveedor

10. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía?

1 Sí

2 No

11. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tomó alguna nueva medicina recetada o hizo un cambio respecto a alguna de las medicinas que estaba tomando?

1 Sí

2 No → Si respondió No, vaya a la pregunta 15.

12. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de la razón por la cual usted debía tomar la nueva medicina que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a alguna medicina que estaba tomando?

1 Sí

2 No

3 No tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina

13. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de **cuando** debía tomar esas medicinas?

1 Sí

2 No

3 No tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina

14. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estas medicinas?

1 Sí

2 No

3 No tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina

15. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su casa?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

16. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores de cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible?

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

17. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender?

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

18. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon con atención?

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

19. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto?

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

20. Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia.

Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en su casa posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en su casa posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores de cuidado de la salud en su casa de esta agencia?

- 0 El peor servicio de salud en su casa posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor servicio de salud en su casa posible

LA AGENCIA QUE LE BRINDÓ SERVICIOS DE SALUD EN SU CASA

Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [AGENCY NAME].

21. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿se comunicó con la **oficina** de esta agencia para recibir ayuda o consejos?

- ¹ Sí
- ² No → Si respondió No, vaya a la pregunta 24.

22. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la ayuda o consejos que necesitaba?

- ¹ Sí
- ² No → Si respondió No, vaya a la pregunta 24.
- ³ No me comunicué con esta agencia

23. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la ayuda o consejo que necesitaba?

- 1 Lo/la atendieron ese mismo día
- 2 De 1 a 5 días
- 3 De 6 a 14 días
- 4 Más de 14 días
- 5 **No** me comuniqué con esta agencia

24. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?

- 1 Sí
- 2 No

25. ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran servicios de salud en su casa?

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

ACERCA DE USTED

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

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

27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?

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

28. ¿Vive usted solo(a)?

- 1 Sí
- 2 No

29. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?
- 1 8 años de escuela o menos
 - 2 9 a 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
 - 5 Título universitario de 4 años
 - 6 Título universitario de más de 4 años

30. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?
- 1 Sí
 - 2 No

31. ¿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

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?
- 1 Inglés
 - 2 Español
 - 3 Algún otro idioma:

(Por favor escriba en letra de imprenta.)

33. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?
- 1 Sí
 - 2 No → **Si respondió que No, por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre provisto con franqueo pagado.**

34. ¿En qué manera le ayudó esa persona?
Marque todo lo que corresponda.

- 1 Me leyó las preguntas
- 2 Anotó mis respuestas
- 3 Respondió las preguntas por mí
- 4 Tradujo las preguntas a mi idioma
- 5 Me ayudó de alguna otra manera:

(Por favor escriba en letra de imprenta.)

- 6 Nadie me ayudó a completar esta encuesta

¡Muchas gracias!

Por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre provisto con franqueo pagado.

**ENCUESTA DE CAHPS[®] SOBRE LOS
SERVICIOS DE SALUD EN CASA**

**(INSTRUCCIONES ALTERNATIVAS PARA LOS
FORMULARIOS QUE SE VAN A
DIGITALIZAR)**

2017

Instrucciones para la encuesta

- Responda todas las preguntas llenando por completo el círculo a la izquierda de su respuesta.
- A veces se le indica que debe saltarse algunas preguntas de esta encuesta. Cuando ocurra, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta es la siguiente, de esta manera:
 - **Sí → Si respondió Sí, vaya a la pregunta 1, en la página 1.**
 - No

Los servicios de salud que usted recibió en su casa

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME], una agencia que brinda servicios de salud en casa. ¿Es eso correcto?

Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de sus experiencias con esta agencia.

 - Sí
 - No → **Si respondió que No, por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.**

2. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo qué tipo de atención y de servicios le darían?
 - Sí
 - No
 - No recuerda
3. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **le habló** sobre cómo debía colocar las cosas en su casa para poder moverse con mayor seguridad?
 - Sí
 - No
 - No recuerda
4. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todas las **medicinas** que usted estaba tomando ya sean **las recetadas por un médico o las que se compran sin receta**?
 - Sí
 - No
 - No recuerda

5. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió **ver** todas las medicinas que usted estaba tomando ya sean las recetadas por un médico o las que se compran sin receta?

- Sí
- No
- No recuerda

**Su cuidado de los
proveedores de
cuidado de la salud en
su casa en los últimos 2
meses**

Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [AGENCY NAME] que lo/la atendieron en los últimos 2 meses. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de servicios de salud a domicilio. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.

6. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia una enfermera o un enfermero?

- Sí
- No

7. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla?

- Sí
- No

8. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un asistente de salud en el domicilio o un asistente de cuidados personales?

- Sí
- No

9. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores de cuidado de salud de esta agencia parecían estar informados y al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que recibió en su casa?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- En los últimos dos meses en que recibí servicios de salud en casa solamente me atendió un proveedor

10. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía?
- Sí
 - No
11. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tomó alguna nueva medicina recetada o hizo un cambio respecto a alguna de las medicinas que estaba tomando?
- Sí
 - No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 15.**
12. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de la **razón** por la cual usted debía tomar la nueva medicina que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a alguna medicina que estaba tomando?
- Sí
 - No
 - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
13. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de **cuando** debía tomar esas medicinas?
- Sí
 - No
 - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
14. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estas medicinas?
- Sí
 - No
 - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
15. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su casa?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre

16. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores de cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

17. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

18. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon con atención?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

19. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

20. Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia.

Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en su casa posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en su casa posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores de cuidado de la salud en su casa de esta agencia?

- 0 El peor servicio de salud en su casa posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor servicio de salud en su casa posible

La agencia que le brindó servicios de salud en su casa

Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [AGENCY NAME].

21. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿se comunicó con la **oficina** de esta agencia para recibir ayuda o consejos?

- Sí
- No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 24.**

22. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la ayuda o consejos que necesitaba?

- Sí
- No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 24.**
- No** me comuniqué con esta agencia

23. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la ayuda o consejo que necesitaba?

- Lo/la atendieron ese mismo día
- De 1 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- No** me comuniqué con esta agencia

24. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?

- Sí
- No

25. ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran servicios de salud en su casa?

- Definitivamente no
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Definitivamente sí

Acerca de usted

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

28. ¿Vive usted solo(a)?

- Sí
- No

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

- 8 años de escuela o menos
- 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
- Graduado de la escuela secundaria (high school), diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

30. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

- Sí
- No

31. ¿A qué raza pertenece? Por favor seleccione una o más.

- Blanca
- Negra o Afro Americana
- Asiática
- Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- Indígena Americana o Nativa de Alaska

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
- Español
- Algún otro idioma:

(Por favor escriba en letra de imprenta.)

33. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No → **Si respondió que No, por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre provisto con franqueo pagado.**

34. ¿En qué manera le ayudó esa persona? Seleccione todo lo que corresponda.

- Me leyó las preguntas
- Anotó mis respuestas
- Respondió las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de alguna otra manera:

(Por favor escriba en letra de imprenta.)

- Nadie me ayudó a completar esta encuesta

¡Muchas gracias!

Por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre provisto con franqueo pagado.

TELEPHONE INTERVIEW SCRIPT FOR THE HOME HEALTH CARE CAHPS SURVEY IN SPANISH

INTRO1 (Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches), ¿podría hablar con [SAMPLED MEMBER'S NAME]?

- 1 SÍ → GO TO INTRO 2
- 2 NO, NO ESTÁ DISPONIBLE EN ESTE MOMENTO → [SET CALLBACK]
- 3 NO [REFUSAL] → GO TO TERMINATE SCREEN,
- 4 MENTALMENTE /FÍSICAMENTE INCAPAZ → [GO TO PROXY SCRIPT]

M FALTA/NO SABE

SI PREGUNTA QUIÉN LLAMA:

Mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y llamo de [ORGANIZATION].
Quisiera hablar con [SAMPLE MEMBER'S NAME] acerca de un estudio sobre los servicios de salud.

INTRO2 (Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches) mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y llamo de parte de [HOME HEALTH AGENCY]. [HOME HEALTH AGENCY] está participando en una encuesta acerca de los servicios de salud que las personas reciben en su casa por parte de las agencias que se dedican a eso. Esta encuesta es parte de un proyecto nacional para evaluar la calidad de los servicios que brindan las agencias dedicadas al cuidado de las personas en sus casas. Las personas podrán usar los resultados de la encuesta para elegir una agencia que les brinde servicios de salud en sus casas.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, y no afectará su atención médica ni los beneficios que usted recibe. El completar la entrevista tomará alrededor de 12 minutos. Es posible que esta llamada sea monitoreada o grabada con fines de control de calidad.

NOTA: LA DURACIÓN DE LA ENTREVISTA DEPENDERÁ SI LA HHA AGREGA PREGUNTAS SUPLEMENTARIAS A LA ENCUESTA CAHPS SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EN CASA.

Q1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [HOME HEALTH AGENCY], una agencia que brinda servicios de salud en casa. ¿Es eso correcto?

- 1 SÍ → [GO TO Q2_INTRO]
- 2 NO → [GO TO Q_INELIG]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q_INELIG]

Q2_INTRO Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de sus experiencias con esta agencia.

Q2. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo qué tipo de atención y de servicios le darían?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 NO RECUERDA

M FALTA/NO SABE

Q3. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **le habló** sobre cómo debía colocar las cosas en su casa para poder moverse con mayor seguridad?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 NO RECUERDA

M FALTA/NO SABE

Q4. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todas las **medicinas** que usted estaba tomando ya sean **las recetadas por un médico o las que se compran sin receta**?

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 NO RECUERDA

M FALTA/NO SABE

- Q5. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió **ver** todas las medicinas que usted estaba tomando ya sean las recetadas por un médico o las que se compran sin receta?
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 3 NO RECUERDA
- M FALTA/NO SABE
- Q6_INTRO Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [HOME HEALTH AGENCY] que lo/la atendieron en los últimos 2 meses. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de servicios de salud a domicilio. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.
- Q6. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia una enfermera o un enfermero?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q7. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores de cuidado de salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q8. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores de cuidado de salud de esta agencia un asistente de salud en el domicilio o un asistente de cuidados personales?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE

Q9. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de salud de esta agencia parecían estar informados y estar al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que usted recibía en su casa? ¿Diría usted que...

- 1 Nunca,
- 2 A veces,
- 3 La mayoría de las veces,
- 4 Siempre, o
- 5 En los últimos dos meses en que usted recibió servicios de salud en su casa solamente lo/la atendió un proveedor?

M FALTA/NO SABE

Q10. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

Q11. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tomó alguna nueva medicina recetada o hizo un cambio respecto a alguna de las medicinas que estaba tomando?

- 1 SÍ
- 2 NO → [GO TO Q15]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q15]

Q12. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de la **razón** por la cual usted debía tomar la nueva medicina que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a alguna medicina que estaba tomando?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

- Q13. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de **cuando** debía tomar esas medicinas?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q14. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estas medicinas?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q15. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su casa? ¿Diría usted que...
- 1 Nunca,
 - 2 A veces,
 - 3 La mayoría de las veces, o
 - 4 Siempre?
- M FALTA/NO SABE
- Q16. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores de cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible? ¿Diría usted que...
- 1 Nunca,
 - 2 A veces,
 - 3 La mayoría de las veces, o
 - 4 Siempre?
- M FALTA/NO SABE

Q17. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q18. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon con atención? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q19. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q20_INTRO Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia.

Q20. Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en su casa posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en su casa posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores de cuidado de la salud en su casa de esta agencia?

LEA LAS POSIBLES RESPUESTAS SOLAMENTE QUE SEA NECESARIO

- 00 0 El peor servicio de salud en su casa posible
- 01 1
- 02 2
- 03 3
- 04 4
- 05 5
- 06 6
- 07 7
- 08 8
- 09 9
- 10 10 El mejor servicio de salud en su casa posible

M FALTA/NO SABE

Q21_INTRO Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [HOME HEALTH AGENCY].

Q21. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿se comunicó con la **oficina** de esta agencia para recibir ayuda o consejos?

- 1 SÍ
- 2 NO → [GO TO Q24]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q24]

Q22. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la ayuda o consejos que necesitaba?

- 1 SÍ
- 2 NO → [GO TO Q24]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q24]

- Q23. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la ayuda o consejo que necesitaba? ¿Diría usted que...
- 1 El mismo día,
 - 2 De 1 a 5 días,
 - 3 De 6 a 14 días, o
 - 4 Más de 14 días?
- M FALTA/NO SABE
- Q24. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q25. ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran servicios de salud en su casa? ¿Diría usted que...
- 1 Definitivamente no,
 - 2 Probablemente no,
 - 3 Probablemente sí, o
 - 4 Definitivamente sí?
- M FALTA/NO SABE
- Q26_INTRO Esta última serie de preguntas se refiere a información sobre usted. Por favor escuche todas las opciones de respuesta antes de seleccionar su respuesta.
- Q26. En general, ¿cómo calificaría toda su salud? ¿Diría usted que es...
- 1 Excelente,
 - 2 Muy buena,
 - 3 Buena,
 - 4 Regular, o
 - 5 Mala?
- M FALTA/NO SABE

Q27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional? ¿Diría usted que es...

- 1 Excelente,
- 2 Muy buena,
- 3 Buena,
- 4 Regular, o
- 5 Mala?

M FALTA/NO SABE

Q28. ¿Vive usted solo(a)?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

Q29. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? ¿Diría usted que...

- 1 8 años de escuela o menos,
- 2 9 a 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,
- 5 Título universitario de 4 años, o
- 6 Título universitario de más de 4 años?

M FALTA/NO SABE

Q30. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

Q31. ¿A qué raza pertenece? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es usted de raza...

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

M FALTA/NO SABE

Q32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa? ¿Diría usted que...

- 1 Inglés, → [GO TO Q_END]
- 2 Español, o → [GO TO Q_END]
- 3 Algún otro idioma? → [GO TO 32A]

M FALTA/NO SABE [GO TO Q_END]

Q32A ¿Qué otro idioma habla usted por lo general en casa? (INDIQUE LA RESPUESTA A CONTINUACIÓN).

{ALLOW UP TO 50 CHARACTERS}

M FALTA/NO SABE

Q_END Esas son todas las preguntas que tengo para usted. Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

INELIGIBLE SCREEN:

Q_INELIG Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

REFUSAL SCREEN:

Q_REF Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

**PROXY TELEPHONE INTERVIEW SCRIPT FOR THE
HOME HEALTH CARE CAHPS SURVEY IN SPANISH**

Se hicieron cambios a los cuestionarios en español 2014 para que el cuestionario por correo fuera consistente con la encuesta telefónica.

PROXY ID ¿Hay alguien, tal como un familiar o una amistad, que esté familiarizado con las experiencias del cuidado de la salud de [SAMPLED MEMBER'S NAME]?

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

- 1 SÍ → [GO TO PROXY_INTRO]
- 2 NO → [COLLECT NAME AND TELEPHONE NUMBER OF PROXY AND SET A CALLBACK, OR IF NO PROXY EXISTS, GO TO Q_END AND CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE]

SI PREGUNTA QUIÉN LLAMA:

Mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y llamo de [ORGANIZATION.] Quisiera hablar con alguna persona que esté familiarizada con la salud y experiencias de cuidado de salud de [SAMPLE MEMBER NAME], para un estudio de [ORGANIZATION] sobre los servicios de salud.

PROXY_INTRO [(Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches) mi nombre es {INTERVIEWER NAME} llamo de parte de {HOME HEALTH AGENCY}]. [HOME HEALTH AGENCY] está participando en una encuesta acerca de los servicios de salud que las personas reciben en su casa por parte de las agencias que se dedican a eso. Esta encuesta es parte de un proyecto nacional para evaluar la calidad de los servicios que brindan las agencias dedicadas al cuidado de las personas en sus casas. Las personas podrán usar los resultados de la encuesta para elegir una agencia que les brinde servicios de salud en sus casas.

La participación de [SAMPLE MEMBER NAME] en esta encuesta es completamente voluntaria, y no afectará la atención médica ni los beneficios que [él/ella] recibe. El completar la entrevista tomará alrededor de 12 minutos. Es posible que esta llamada sea monitoreada o grabada con fines de control de calidad.

NOTA: LA DURACIÓN DE LA ENTREVISTA DEPENDERÁ SI LA HHA AGREGA PREGUNTAS SUPLEMENTARIAS A LA ENCUESTA CAHPS SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EN CASA.

- Q1. Según nuestro registro, [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios por parte de [HOME HEALTH AGENCY], una agencia que brinda servicios de salud en casa. ¿Es eso correcto?
- 1 SÍ → [GO TO Q2_INTRO]
 - 2 NO → [GO TO Q_INELIG]
- M FALTA/NO SABE → [GO TO Q_INELIG]
- Q2_INTRO Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de las experiencias de [SAMPLE MEMBER NAME] con esta agencia. Por favor trate de responder las preguntas lo mejor que pueda desde el punto de vista de [SAMPLE MEMBER NAME]. Si es necesario, puede responder las preguntas desde el punto de vista de un miembro de la familia o de la persona que ayuda al cuidado de [SAMPLE MEMBER NAME].
- Q2. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] recién empezó a recibir servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo a [él/ella] qué tipo de atención y de servicios le darían?
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 3 NO RECUERDA
- M FALTA/NO SABE
- Q3. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **habló con [él/ella]** sobre cómo debía colocar las cosas en su casa para poder moverse con mayor seguridad?
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 3 NO RECUERDA
- M FALTA/NO SABE

- Q4. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con [él/ella] acerca de todas las **medicinas** que [él/ella] estaba tomando ya sean **las recetadas por un médico o las que se compran sin receta**?
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 3 NO RECUERDA
- M FALTA/NO SABE
- Q5. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió **ver** todas las medicinas que [él/ella] estaba tomando ya sean las recetadas por un médico o las que se compran sin receta?
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 3 NO RECUERDA
- M FALTA/NO SABE
- Q6_INTRO Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [HOME HEALTH AGENCY] que atendió a [SAMPLE MEMBER NAME] en los últimos 2 meses. No incluya la atención que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió del personal de otra agencia de servicios de salud a domicilio. No incluya los cuidados que [él/ella] recibió de familiares o amigos.
- Q6. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia una enfermera o un enfermero?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE

- Q7. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores de cuidado de salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q8. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores de cuidado de salud de esta agencia un asistente de salud en el domicilio o un asistente de cuidados personales?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q9. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de salud de esta agencia parecían estar informados y estar al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que [él/ella] recibía en su casa? ¿Diría usted que...
- 1 Nunca,
 - 2 A veces,
 - 3 La mayoría de las veces,
 - 4 Siempre, o
 - 5 En los últimos dos meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa solamente lo/la atendió un proveedor?
- M FALTA/NO SABE
- Q10. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿habló [él/ella] con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que sentía?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE

- Q11. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿tomó [él/ella] alguna nueva medicina recetada o hizo un cambio respecto a alguna de las medicinas que estaba tomando?
- 1 SÍ
 - 2 NO → [GO TO Q15]
- M FALTA/NO SABE → [GO TO Q15]
- Q12. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con [él/ella] acerca de la **razón** por la cual [él/ella] debía tomar la nueva medicina que le recetó el médico o la razón por la cual [él/ella] debía hacer algún cambio con respecto a alguna medicina que estaba tomando?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q13. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con [él/ella] acerca de **cuando** debía tomar esas medicinas?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q14. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿conversaron con [él/ella] los proveedores del cuidado de salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estas medicinas?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE

Q15. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su casa? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q16. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores de cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q17. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q18. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon a [él/ella] con atención? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q19. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto? ¿Diría usted que...

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

M FALTA/NO SABE

Q20_INTRO Queremos saber cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado salud de esta agencia. Por favor trate de responder las preguntas lo mejor que pueda desde el punto de vista de [SAMPLE MEMBER NAME]. Si es necesario, puede responder las preguntas desde el punto de vista de un miembro de la familia o de la persona que ayuda al cuidado de [SAMPLE MEMBER NAME].

Q20. Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en casa posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en casa posible, ¿qué número usaría [SAMPLE MEMBER NAME] para calificar el cuidado de los proveedores de cuidado de la salud en su casa de esta agencia?

LEA LAS POSIBLES RESPUESTAS SOLAMENTE QUE SEA NECESARIO

- 00 0 El peor servicio de salud en su casa posible
- 01 1
- 02 2
- 03 3
- 04 4
- 05 5
- 06 6
- 07 7
- 08 8
- 09 9
- 10 10 El mejor servicio de salud en su casa posible

M FALTA/NO SABE

Q21_INTRO Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [HOME HEALTH AGENCY].

Q21. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿se comunicó [él/ella] con la **oficina** de esta agencia para recibir ayuda o consejos?

- 1 SÍ
- 2 NO → [GO TO Q24]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q24]

Q22. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, cuando [él/ella] se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió [él/ella] la ayuda o consejos que necesitaba?

- 1 SÍ
- 2 NO → [GO TO Q24]

M FALTA/NO SABE → [GO TO Q24]

Q23. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la ayuda o consejo que [él/ella] necesitaba? ¿Diría usted que...

- 1 El mismo día,
- 2 De 1 a 5 días,
- 3 De 6 a 14 días, o
- 4 Más de 14 días?

M FALTA/NO SABE

Q24. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios de salud en su casa, ¿tuvo [él/ella] algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

Q25. ¿Recomendaría [SAMPLE MEMBER NAME] esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran servicios de salud en su casa? ¿Diría usted que...

- 1 Definitivamente no,
- 2 Probablemente no,
- 3 Probablemente sí, o
- 4 Definitivamente sí?

M FALTA/NO SABE

Q26_INTRO Esta última serie de preguntas se refiere a información sobre [SAMPLE MEMBER NAME]. Por favor escuche todas las opciones de respuesta antes de seleccionar su respuesta.

Q26. En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] toda su salud? ¿Diría usted que es...

- 1 Excelente,
- 2 Muy buena,
- 3 Buena,
- 4 Regular, o
- 5 Mala?

M FALTA/NO SABE

Q27. En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] su salud mental o emocional? ¿Diría usted que es...

- 1 Excelente,
- 2 Muy buena,
- 3 Buena,
- 4 Regular, o
- 5 Mala?

M FALTA/NO SABE

Q28. ¿Vive [SAMPLE MEMBER NAME] solo(a)?

- 1 SÍ
- 2 NO

M FALTA/NO SABE

- Q29. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado [SAMPLE MEMBER NAME]? ¿Diría usted que...
- 1 8 años de escuela o menos,
 - 2 9 a 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,
 - 5 Título universitario de 4 años, o
 - 6 Título universitario de más de 4 años?
- M FALTA/NO SABE
- Q30. ¿Es [SAMPLE MEMBER NAME] hispano(a) o latino(a)?
- 1 SÍ
 - 2 NO
- M FALTA/NO SABE
- Q31. ¿A qué raza pertenece [SAMPLE MEMBER NAME]? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es [él/ella] de raza...
- 1 Blanca,
 - 2 Negra o Afro Americana,
 - 3 Asiática,
 - 4 Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico, o
 - 5 Indígena Americana o Nativa de Alaska?
- M FALTA/NO SABE
- Q32. ¿Principalmente qué idioma habla [SAMPLE MEMBER NAME] en casa? ¿Diría usted que...
- 1 Inglés, → [GO TO Q_END]
 - 2 Español, o → [GO TO Q_END]
 - 3 Algún otro idioma? → [GO TO 32A]
- M FALTA/NO SABE [GO TO Q_END]

Q32A ¿Qué otro idioma habla [SAMPLE MEMBER NAME] por lo general en casa?
(INDIQUE LA RESPUESTA A CONTINUACIÓN).

{ALLOW UP TO 50 CHARACTERS}

M FALTA/NO SABE

Q_END Esas son todas las preguntas que tengo para usted. Muchas gracias por su tiempo.
Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

INELIGIBLE SCREEN:

Q_INELIG Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

REFUSAL SCREEN:

Q_REF Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).