

OMB #: 0938-1066
Vence 31 de enero de 2021

**ENCUESTA DE CAHPS[®] SOBRE
CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR**

2020

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- Responda todas las preguntas marcando el encasillado 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

CUIDADO DE LA SALUD QUE USTED RECIBIÓ EN EL HOGAR

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME], una agencia que brinda cuidado de la salud en el hogar. ¿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 cuidado de la salud en el hogar 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 cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le **habló** sobre cómo debía colocar las cosas en el hogar para poder moverse con mayor seguridad?

1 Sí

2 No

3 No recuerda

4. Cuando empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todos los **medicamentos** que usted estaba tomando ya sean **los recetados por un médico o los que se compran sin receta**?

1 Sí

2 No

3 No recuerda

5. Cuando empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió **ver** todos los medicamentos que usted estaba tomando ya sean los recetados por un médico o los que se compran sin receta?

- 1 Sí
2 No
3 No recuerda

**SU CUIDADO DE LOS
PROVEEDORES DEL CUIDADO DE
LA SALUD EN EL HOGAR 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 cuidado de la salud en el hogar. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.

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

- 1 Sí
2 No

7. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de la 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 cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia un asistente de salud en el hogar o un asistente de cuidados personales?

- 1 Sí
2 No

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

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

10. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿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 cuidado de la salud en el hogar, ¿tomó algún nuevo medicamento recetado o hizo un cambio respecto a alguno de los medicamentos 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 cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con usted acerca de la **razón** por la cual usted debía tomar el nuevo medicamento que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a algún medicamento que estaba tomando?

1 Sí

2 No

3 No tomé ningún medicamento nuevo de receta médica ni cambié de medicamento

13. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con usted acerca de **cuándo** debía tomar esos medicamentos?

1 Sí

2 No

3 No tomé ningún medicamento nuevo de receta médica ni cambié de medicamento

14. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estos medicamentos?

1 Sí

2 No

3 No tomé ningún medicamento nuevo de receta médica ni cambié de medicamento

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

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

16. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores del 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 cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de la 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 cuidado de la salud en el hogar, ¿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 cuidado de la salud en el hogar, ¿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 el hogar posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en el hogar posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia?

- 0 El peor cuidado de la salud en el hogar posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor cuidado de la salud en el hogar posible

LA AGENCIA QUE LE BRINDÓ CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

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

21. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿se comunicó con la **oficina** de esta agencia para recibir orientación o ayuda?
- 1 Sí
- 2 No → Si respondió No, vaya a la pregunta 24.
22. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la orientación o ayuda que necesitaba?
- 1 Sí
- 2 No → Si respondió No, vaya a la pregunta 24.
- 3 No me comuniqué con esta agencia
23. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la orientación o ayuda 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 cuidado de la salud en el hogar, ¿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 cuidado de la salud en el hogar?
- 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 "high school" (escuela secundaria), diploma de GED (escuela secundaria, preparatoria o su equivalente)
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 el hogar?

- 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 con timbre postal pre-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 con timbre postal pre-pagado.