**Medicare Health Outcomes Survey—**

**Modified (HOS-M)**

**Questionnaire (Spanish)**

**2024**

# Instrucciones para la Encuesta Modificada de Medicare Sobre la Salud

**Esta encuesta contiene preguntas sobre su salud, sentimientos, y capacidad de realizar actividades diarias. Por favor tome su tiempo para llenar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si necesita ayuda para llenar esta encuesta, un familiar o amigo puede llenar la encuesta sobre la salud de usted. Si NO hay ningún familiar o amigo disponible, por favor solicite ayuda a su enfermera u otro profesional de atención de salud.**

* Responda las preguntas marcando con una “X” la casilla que está al lado de la respuesta apropiada, tal como se muestra en el siguiente ejemplo.

¿Es usted hombre o mujer?

Hombre

1

Mujer

2

* Por cada pregunta, asegúrese de leer todas las respuestas posibles antes de marcar una casilla con una “X”.
* Es posible que algunas de las preguntas le parezcan personales. Es importante que usted conteste TODAS las preguntas en la encuesta. No obstante, si no desea responder a una pregunta, no tiene que hacerlo. Si no está seguro de la respuesta a una pregunta o no está seguro de si la pregunta se aplica a usted, simplemente elija la MEJOR respuesta disponible.
* **Por favor llene el cuestionario por completo antes de transcurridas dos semanas y devuelva el cuestionario con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.**

## SI USTED ESTÁ LLENANDO ESTE CUESTIONARIO POR OTRA PERSONA

**Por favor dé respuestas que usted considere que describen mejor la salud, sentimientos y capacidad de realizar actividades diarias de esa persona. Responda a cada pregunta como usted cree que respondería la persona a quien está ayudando.**

Toda información que pudiera identificar a cualquier persona que complete esta encuesta es protegida por la Ley de Privacidad y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará sólo para propósitos permitidos por la ley y no se revelará ni se proporcionará por cualquier otra razón. Si usted tiene alguna pregunta o desea saber más sobre el estudio, por favor llame a [survey vendor name] al [phone number].

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act en inglés) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de datos que no exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control para esta encuesta es **0938-0701**. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta encuesta es un promedio de **20 minutos**, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar los datos necesarios, y completar y revisar el formulario. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

© 2024 Propiedad intelectual de National Committee for Quality Assurance (NCQA). Este cuestionario no puede reproducirse o transmitirse por ningún medio, electrónico o mecánico, sin la expresa autorización escrita del NCQA. Todos los derechos están reservados.

# Encuesta de Medicare Sobre la Salud—Modificada

1. En general, ¿diría usted que su salud es...?

**Excelente Muy buena Buena Regular Mala**

1 2 3 4 5

1. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para levantar o cargar objetos con un peso de hasta 10 libras, tales como un saco de papas o patatas?

**Ninguna Cierta Mucha dificultad No puedo dificultad Poca dificultad dificultad hacerlo**

1 2 3 4 5

1. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para caminar un cuarto de milla; es decir, aproximadamente 2 o 3 cuadras?

**Ninguna Cierta Mucha dificultad No puedo dificultad Poca dificultad dificultad hacerlo**

1 2 3 4 5

1. A causa de un problema físico o de salud, ¿tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades **sin equipo especial o ayuda de otra persona**?

**No, no tengo Sí, tengo No puedo hacer**

**dificultad dificultad esta actividad**

* 1. Bañarse o ducharse ............. 1 2 3
  2. Vestirse ................................ 1 2 3
  3. Comer .................................. 1 2 3 d. Sentarse o levantarse

de una silla ........................... 1 2 3 e. Caminar ............................... 1 2 3

f. Usar el inodoro (el baño) ...... 1 2 3

1. ¿Recibe **ayuda de otra persona** para alguna de estas actividades?

**No, no recibo No realizo esta Sí, recibo ayuda ayuda actividad**

* 1. Bañarse o ducharse ................. 1 2 3
  2. Vestirse .................................... 1 2 3
  3. Comer ...................................... 1 2 3 d. Sentarse o levantarse

de una silla ............................... 1 2 3 e. Caminar ................................... 1 2 3

f. Usar el inodoro (el baño) .......... 1 2 3

1. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿**Su estado de salud actual lo limita** para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

**Sí, me No, no me**

**Sí, me limita limita un limita en**

## ACTIVIDADES mucho poco absoluto

1. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf..................................................................
   1. 2 3
2. Subir **varios** pisos por la escalera ......................
   1. 2 3
3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**? (Si no puede trabajar ni

realizar actividades diarias regulares por favor responda que “Sí, siempre” a ambas preguntas.)

**Sí,**

|  |  |
| --- | --- |
| b. Ha tenido limitaciones en | 1 2 3 4 5 |

**No, Sí, muy algunas Sí, casi Sí, nunca pocas veces veces siempre siempre** a. **Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado…....

cuanto al **tipo** de trabajo u

otras actividades…………… 1 2 3 4 5

1. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)? (Si no puede trabajar ni realizar actividades diarias regulares por favor responda que “Sí, siempre” a ambas preguntas.)

## Sí,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| b. Ha hecho el trabajo u otras actividades **con menos** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**No, Sí, muy algunas Sí, casi Sí, nunca pocas veces veces siempre siempre** a. **Ha realizado menos** de lo

que le hubiera gustado

**cuidado** que lo

usual………………………. 1 2 3 4 5

1. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió el **dolor** con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

**Nada en Ligeramente Medianamente Bastante Extremadamente absoluto**

1 2 3 4 5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

1. ¿Cuanto tiempo durante las **últimas 4 semanas**:

**Casi Muchas Algunas Casi**

**Siempre siempre veces veces nunca Nunca** a. se ha sentido **tranquilo**

**y sosegado**? .......................... 1 2 3 4 5 6 b. ha tenido **mucha energía**? ..... 1 2 3 4 5 6 c. se ha sentido **desanimado**

**y triste**? ................................. 1 2 3 4 5 6

1. **Durante las últimas 4 semanas**, ¿cuanto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

**Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca**

1 2 3 4 5

Ahora quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre cómo puede haber cambiado su salud.

1. **Comparando** su **salud física** con la de **hace un año atrás,** ¿cómo la calificaría en general **ahora**?

## Más o menos

**Mucho mejor Algo mejor igual Algo peor Mucho peor**

1 2 3 4 5

13. **Comparando** sus **problemas emocionales** (por ejemplo, tener ansiedad, estar deprimido, o irritable) con los de **hace un año atras,** ¿cómo los calificaría en general **ahora**?

**Mucho mejor Algo mejor Más o menos Algo peor Mucho peor**

## igual

1 2 3 4 5

1. ¿Tiene episodios de pérdida de la memoria que interfieren con sus actividades diarias?

Sí

1

No

2

1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para controlar la orina (accidentes de la vejiga)?

**Menos de una Una o más veces**

**Nunca vez por semana por semana Diariamente Catéter**

1 2 3 4 5

1. ¿Quién llenó este cuestionario?

Participante de Medicare 🡺 ***PARE AQUÍ***

1

Familiar, pariente, o amigo del participante de Medicare 🡺 ***Pase a la pregunta 17***

2

Enfermera u otro profesional de la salud 🡺 ***Pase a la pregunta 17***

3

1. ¿Por qué razón llenó usted esta encuesta por otra persona? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.) Problemas físicos

1

Pérdida de memoria o problemas mentales

2

No puede hablar ni leer español

3

Persona no disponible

4

Otra

5

1. ¿Cómo ayudó usted a llenar esta encuesta? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.)

Le leí las preguntas a la persona

1

Escribí las respuestas de la persona

2

Respondí a las preguntas con base en mi experiencia con la persona

3

Usé el historial clínico para llenar la encuesta

4

Traduje las preguntas de la encuesta

5

Otra

6

**EXCLUSIVAMENTE PARA PERSONAL PROFESIONAL (PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD)**

19. ¿Cuál de los siguientes **describe mejor** su posición? (Por favor elija **una** respuesta.) Asistente de salud en el hogar, ayudante de cuidado personal, o asistente de enfermero

1

certificado

Enfermero (RN, LPN, o NP)

2

Trabajador social o administrador de casos

3

Personal de hogar adoptivo para adultos/centro de cuidado diurno/residencia con asistencia

4

mínima/centro de cuidado para pacientes que residen en la institución

Intérprete

5

Otro

6

**USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA. GRACIAS.**

Utilice el sobre prepagado que se encuentra adjunto para enviar su encuesta completada a:

|  |
| --- |
| **Centers for Medicare & Medicaid Services** c/o Survey Processing  [Insert Survey Vendor  Return Address Here]    Si tiene preguntas sobre esta encuesta, comuníquese con la organización de encuestas que trabaja con Medicare al [survey vendor phone number] o [survey vendor email]. |