**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

Mujer

1

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.

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				

2. ¿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 dificultad para hacerlo	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo	Poca dificultad	dificultad
☐	☐	☐	☐	☐	☐
1 2 3 4 5					

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

Ninguna dificultad para hacerlo	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo	Poca dificultad	dificultad
☐	☐	☐	☐	☐	☐
1 2 3 4 5					

4. 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 dificultad		Sí, tengo dificultad		No puedo hacer esta actividad
a. Bañarse o ducharse	1	☐	2	☐	☐
b. Vestirse	1	☐	2	☐	☐
c. Comer	1	☐	2	☐	☐
o levantarse		☐		☐	☐
de una silla	1	☐	2	☐	☐
Caminar	1	☐	2	☐	☐
		3			
f. Usar el inodoro (el baño)	1		2		3

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

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

a. Bañarse o ducharse	1	☐		☐	☐
		☐	2	3	☐
b. Vestirse	1	☐	2	3	☐
c. 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

6. 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?

ACTIVIDADES	SÍ, me limita mucho	SÍ, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. Actividades moderadas , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf..... 1	2 3 ☐	☐	☐
b. Subir varios pisos por la escalera	☐	1 ☐	2 3 ☐

7. 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.)

	No, nunca	SÍ, pocas veces	SÍ, muchas veces	SÍ, siempre	SÍ, algunas veces	SÍ, casi siempre	SÍ, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado.....	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐		
b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.....	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐		

8. 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.)

	No, nunca	SÍ, pocas veces	SÍ, muchas veces	SÍ, siempre	SÍ, algunas veces	SÍ, casi siempre	SÍ, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐		
b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado que lo usual.....	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐		

9. 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 absoluto	Ligeramente	Medianamente	Bastante	Extremadamente
☐				
		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.

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

	Siempre	siempre	Casi veces	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Casi a. se ha sentido
tranquilo y sosegado?		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tenido mucha energía?	1 2 3 4 5	☐	6 C. ☐	b. ☐	ha ☐	ha ☐	☐	☐
sentido desanimado y triste?		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		1	2	3	4	5	6	

11. 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.

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

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos 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 atrás**, ¿cómo los calificaría en general **ahora**?

Mucho mejor

Algo mejor

Más o menos
igual

Algo peor

Mucho peor

1 2 3 4 5

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

Sí

1

No

2

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

Nunca

1 2 3 4 5

Menos de una
vez por semana

Una o más veces
por semana

Diariamente

Catéter

16. ¿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

17. ¿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

18. ¿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

- 2 Enfermero (RN, LPN, o NP)
- 3 Trabajador social o administrador de casos
- 4 Personal de hogar adoptivo para adultos/centro de cuidado diurno/residencia con asistencia mínima/centro de cuidado para pacientes que residen en la institución
- 5 Intérprete
- 6 Otro

USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA. GRACIAS.

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

<p style="text-align: center;">Centers for Medicare & Medicaid Services c/o Survey Processing [Insert Survey Vendor Return Address Here]</p> <p>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].</p>