

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

2025 Medicare Advantage Plan Survey - *Spanish*

Encuesta 2025 sobre la Experiencia con Medicare

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA MEDICARE

Esta encuesta es sobre usted y sobre la atención médica que recibió en los últimos seis meses. Conteste cada pregunta pensando en usted mismo y en las veces que recibió atención médica en persona, por teléfono, o por videollamada. Por favor tómese un tiempo al completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas a [SURVEY VENDOR] en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

- Si cambió su plan de Medicare para el 2025, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2024.
- Conteste todas las preguntas marcando una "X" en el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija:
 Sí
- Asegúrese de leer todas las respuestas que hay antes de marcar una.
- A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo: [**→ Si contestó "No", pase a la pregunta 3**]. Vea el ejemplo a continuación:

EJEMPLO

1. ¿Usa usted actualmente un audífono?

- Sí
 No → Si contestó "No", pase a la pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo lleva usando un audífono?

- Menos de un año
 1 a 3 años
 Más de 3 años
 No uso un audífono

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún dolor de cabeza?

- Sí
 No

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tal recolección exhiba un número de control válido del OMB. Esto aplica tanto a las recolecciones de información obligatorias como las voluntarias. El número de control válido del OMB para esta recolección es **0938-0732 (vence TBD)**. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **15 minutos**, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. Nuestros registros muestran que en el 2024 sus servicios médicos estaban cubiertos por el plan cuyo nombre está escrito en la contraportada de este documento. ¿Es esto correcto?

- Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3**
- No

2. Por favor escriba abajo el nombre del plan de seguro de salud que tuvo en el 2024 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan de salud. (Por favor escriba en letra de molde)

La Atención Médica Que Usted Recibió En Los Últimos 6 Meses

Estas preguntas se refieren a su propia atención médica en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico. Esto incluye la atención que recibió en persona, por teléfono o por videollamada.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual necesitó atención inmediata?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 5**

4. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia lo atendieron tan pronto como lo necesitaba?

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

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo usted alguna cita para una consulta en persona, por teléfono o por videollamada para un chequeo o una consulta regular?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 7**

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para un chequeo o una consulta regular tan pronto como la necesitaba?

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

7. En los últimos 6 meses, sin contar las veces en que fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces recibió atención médica para usted mismo en persona, por teléfono o por videollamada?

- Ninguna
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces o más

8. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor atención médica posible y el 10 la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar toda la atención médica que ha recibido en los últimos 6 meses?

- 0 La peor atención médica posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor atención médica posible

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la atención médica, las pruebas o el tratamiento que usted necesitaba?

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

Su Doctor Personal

10. Un doctor personal es con quien usted hablaría si necesita un chequeo, quiere un consejo sobre algún problema de salud, o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 26

11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo una consulta en persona, por teléfono o por videollamada con su doctor personal sobre su salud?

- Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 26
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces o más

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

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

13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención?

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

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

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

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal pasó suficiente tiempo con usted?

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

16. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor doctor personal posible y el 10 el mejor doctor personal posible, ¿qué número usaría para calificar a su doctor personal?

- 0 El peor doctor personal posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor doctor personal posible

17. En los últimos 6 meses, cuando habló con su doctor personal durante una cita programada, ¿con qué frecuencia tenía él o ella su historial médico u otra información sobre su atención médica?

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

18. En los últimos 6 meses, ¿le mandó su doctor personal a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- Sí
- No → Si contestó "No", pase a la pregunta 21

19. En los últimos 6 meses, cuando su doctor personal le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de su doctor personal se comunicó con usted para darle los resultados?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
20. En los últimos 6 meses, cuando su doctor personal le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia recibió los resultados tan pronto como los necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
21. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?
- Sí
 - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 23**
22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su doctor personal sobre todas las medicinas recetadas que estaba tomando?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
23. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención médica de más de un tipo de profesional médico o usó más de un tipo de servicio médico?
- Sí
 - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**
24. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica entre estos diferentes profesionales y servicios médicos?
- Sí
 - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**
25. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted la ayuda que necesitaba de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica que recibió de estos diferentes profesionales y servicios médicos?
- Sí, definitivamente
 - Sí, hasta cierto punto
 - No

La Atención Médica Que Recibió De Especialistas

Al contestar las siguientes preguntas, incluya la atención que recibió en persona, por teléfono o por videollamada.

26. Los especialistas son doctores que se especializan en un área de la medicina. Pueden ser cirujanos, doctores especialistas en el corazón, las alergias, la piel y otras áreas. ¿Su doctor personal es un especialista?

- Sí → **Si contestó “Sí”, por favor incluya a su doctor personal al contestar estas preguntas sobre especialistas**

No

27. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita con un especialista?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 32**

28. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita con un especialista tan pronto como usted la necesitaba?

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

29. ¿Con cuántos especialistas habló en los últimos 6 meses?

- Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 32**
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 especialistas o más

30. Queremos saber cómo califica al especialista con quien habló con más frecuencia en los últimos 6 meses. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría para calificar a ese especialista?

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

31. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal parecía estar informado y al tanto de la atención que recibió usted de los especialistas?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No tengo un doctor personal
- No he hablado con mi doctor personal en los últimos 6 meses
- Mi doctor personal es especialista

Su Plan De Salud

32. En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda de parte del servicio al cliente de su plan de salud?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 35**

33. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o ayuda que usted necesitaba?

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

34. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

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

35. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para llenar?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 37**

36. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios de su plan de salud?

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

37. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de salud?

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

38. El copago es la cantidad que uno paga cuando va a una consulta a un consultorio médico o a una clínica. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le ofreció a usted reducir el monto de su copago porque tiene un problema de salud (como presión arterial alta)?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No tengo un copago
- No tengo un problema de salud
- Me ofrecieron un copago menor por otra razón

39. Los beneficios de su plan de salud son el tipo de atención médica y los servicios que usted puede recibir a través del plan. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le ofreció a usted beneficios extra porque tiene un problema de salud (como presión arterial alta)?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No tengo un problema de salud
- Me ofrecieron beneficios extra por otra razón

Acerca De Usted

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

42. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Coreano
- Tagalo
- Vietnamita
- Otro idioma



Escriba con letra de molde: _____

43. En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?

- Sí
- No

44. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir las medicinas que su doctor le recetó?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

45. ¿Tiene seguro que pague parte o todo el costo de sus medicinas recetadas?

- Sí
- No
- No sé

46. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que demorarse o no pudo conseguir una medicina recetada porque creía que no le alcanzaba el dinero?

- Sí
- No
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

47. En los últimos 6 meses, ¿alguna persona de una clínica, una sala de emergencia o un consultorio médico donde recibió atención médica lo trató de manera injusta o insensible por alguno de los siguientes factores sobre usted?

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Condición de salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Discapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cultura o religión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Idioma o acento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Origen racial o étnico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Sexo (Mujer u hombre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Orientación sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Género o identidad de género | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ingreso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades?

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Un ataque al corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Angina o enfermedad de las arterias del corazón? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. ¿Presión arterial alta o la hipertensión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cáncer, <u>aparte de cáncer de la piel</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?

- Sí
- No

50. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- Sí
- No

51. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer los recados sólo, como ir al doctor o ir de compras?

- Sí
- No

- 52.** ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2024?
- Sí
 No
 No sé
- 53.** ¿Alguna vez le han puesto una o más vacunas contra la neumonía? Por lo general se dan dos vacunas durante la vida de una persona y son diferentes a la vacuna contra la gripe o influenza (*flu*). También se llama la vacuna neumocócica.
- Sí
 No
 No sé
- 54.** ¿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
- 55.** ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?
- Sí, hispano o latino
 No, ni hispano ni latino
- 56.** ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.
- Indígena americano o nativo de Alaska
 Asiática
 Negra o afroamericana
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Blanca
- 57.** ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?
- 1 persona
 2 a 3 personas
 4 personas o más
- 58.** ¿Alguna vez usa usted el internet en su hogar?
- Sí
 No
- 59.** ¿Puede el Programa de Medicare ponerse en contacto con usted de nuevo para aprender más sobre su atención médica, o para invitarlo(a) a una discusión en grupo o a una entrevista sobre temas relacionados con la atención médica?
- Sí
 No

60. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No → **Muchas gracias. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.**

61. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?
Por favor marque una o más.

- Me leyó las preguntas
- Anotó las respuestas que le di
- Contestó las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de otra forma

Muchas gracias.

Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Nombre del Contrato: _____

[OPTIONAL]

Usted también puede conocer el plan por uno de los siguientes: