Número de OMB: 0938-0926
Fecha de vencimiento: XXX

Encuesta de Medicare sobre diálisis en un centro y en casa

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Esta recolección de información produce datos comparables de centros de diálisis para ayudar a los individuos a elegir un y para mejorar la atención. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es menos de 11 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la información recopilada. Esta recolección de datos es obligatoria para los centros de diálisis clasificados bajo 42 CFR §413.178(c)(iii) para cumplir con los requisitos del programa, y es voluntaria para los participantes de la encuesta. La confidencialidad está asegurada bajo 5 U.S.C. 552a (Ley de Privacidad de 1974). Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o 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. ******Divulgación del CMS**** Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control de OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con ICHCAHPS@cms.hhs.gov.**

Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

1 ☐ Sí
2 ☒ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 25**

Esta encuesta trata de sus experiencias con el cuidado de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME]. Al contestar cada pregunta, piense en este centro de diálisis que brinda su cuidado de diálisis, ya sea en un centro de diálisis (hemodiálisis en un centro) o en su casa (hemodiálisis en casa o diálisis peritoneal [DP]).

1. ¿Qué tipo de diálisis recibe actualmente con más frecuencia? ***Por favor marque solo una respuesta.***

1 ☐ Hemodiálisis en un centro
2 ☐ Hemodiálisis en casa
3 ☐ Diálisis peritoneal (DP)
4 ☐ Algún tipo de diálisis en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo → ***Si contestó "Algún tipo de diálisis en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo", pase a la pregunta 35***
5 ☐ Actualmente no recibo ningún tipo de diálisis → ***Si contestó "Actualmente no recibo ningún tipo de diálisis", pase a la pregunta 35***

2. ¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis a través de [SAMPLE FACILITY NAME]?

1 ☐ Menos de 3 meses → ***Si contestó "Menos de 3 meses", pase a la pregunta 35***
2 ☐ Al menos 3 meses pero menos de 1 año
3 ☐ Al menos 1 año pero menos de 5 años
4 ☐ 5 años o más
5 ☐ Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis → ***Si contestó "Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis", pase a la pregunta 35***

EL PERSONAL DEL CENTRO DE DIÁLISIS

Las siguientes preguntas son sobre sus interacciones con el personal del centro de diálisis, como enfermeros, técnicos, dietistas y trabajadores sociales. Para estas preguntas, el personal del centro de diálisis *no* incluye a doctores, enfermeros especializados ni asistentes médicos.

3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaba con atención el personal del centro de diálisis?

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

4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le explicaba las cosas a usted el personal del centro de diálisis en una forma fácil de entender?

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

5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis mostró respeto por lo que usted decía?

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

6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasó suficiente tiempo con usted el personal del centro de diálisis?

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

7. En los últimos 3 meses, ¿se sintió lo suficientemente cómodo como para preguntarle al personal del centro de diálisis todo lo que quería saber acerca del tratamiento de diálisis?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis se comportó de manera profesional?

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

9. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le explicó los resultados de las pruebas de sangre de una manera fácil de entender?

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

10. Usted puede recibir hemodiálisis a través de un injerto, una fístula o un catéter o sonda, y puede recibir diálisis peritoneal por medio de un catéter para diálisis peritoneal. En los últimos 3 meses, ¿cuál se usó con más frecuencia para su diálisis?

1 ☐ Un injerto
2 ☐ Una fístula
3 ☐ Un catéter o sonda
4 ☐ Un catéter para diálisis peritoneal (DP)
5 ☐ No sé

11. ¿Sabe cómo cuidar su injerto, fístula, catéter o sonda, o catéter para diálisis peritoneal (DP)?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

12. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a ser tratado con respeto y tiene derecho a tener privacidad. ¿Alguna vez le dieron en este centro de diálisis información por escrito acerca de sus derechos como paciente?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

13. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis revisó con usted sus derechos como paciente?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

14. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis le dijo qué hacer si tiene un problema de salud cuando está en casa?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

15. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis le dijo cómo desconectarse de la máquina de diálisis si hay una emergencia durante la diálisis, ya sea en el centro o en su casa?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

16. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor personal del centro de diálisis posible y 10 es el mejor personal del centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar al personal de su centro de diálisis?

0 ☐ 0 El peor personal posible del centro de diálisis
1 ☐ 1
2 ☐ 2
3 ☐ 3
4 ☐ 4
5 ☐ 5
6 ☐ 6
7 ☐ 7
8 ☐ 8
9 ☐ 9
10 ☐ 10 El mejor personal posible del centro de diálisis



Si usted recibe hemodiálisis en casa o diálisis peritoneal (DP) en casa → *Pase a la pregunta 23*

Si recibe hemodiálisis en un centro → *Continúe con la pregunta 17*

HEMODIÁLISIS EN UN CENTRO

Conteste las preguntas 17 a la 22 si recibe HEMODIÁLISIS EN UN CENTRO.

17. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le hizo sentirse lo más cómodo posible durante la diálisis?

1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre
5 ☐ Recibo diálisis en casa → ***Si recibe diálisis en casa, pase a la pregunta 23.***

18. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le chequeó tan de cerca como usted quería mientras estaba en la máquina de diálisis?

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

19. En los últimos 3 meses, cuando usted llegó a tiempo, ¿con qué frecuencia le conectaron a la máquina de diálisis a los 15 minutos o antes de su cita o turno?

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

20. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estaba el centro de diálisis tan limpio como podía estarlo?

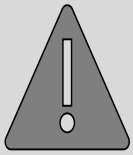
1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre

21. En los últimos 3 meses, ¿ocurrió algún problema durante su diálisis?

1 ☐ Sí
2 ☐ No → ***Si contestó "No", pase a la pregunta 26***

22. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis pudo manejar los problemas que se presentaron durante su diálisis?

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



Si usted recibe hemodiálisis en un centro, después de responder la pregunta 22 → *Pase a la pregunta 26*

DIÁLISIS EN CASA

Reponda las preguntas 23 a la 25 si usted recibe DIÁLISIS EN CASA (hemodiálisis o diálisis peritoneal [DP]).

23. En los últimos 3 meses, cuando tuvo problemas con su equipo de *diálisis en casa*, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le ayudó a resolverlos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre
5 ☐ No tuve problemas con mi equipo de diálisis.
6 ☐ Tuve un problema con mi equipo de diálisis, pero no necesité ayuda del personal del centro de diálisis

24. En los últimos 3 meses, cuando tuvo problemas para *recibir productos* para su diálisis en casa, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le ayudó a resolverlos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre
5 ☐ No tuve problemas para recibir productos para la diálisis
6 ☐ Tuve un problema para recibir productos para la diálisis, pero no necesité ayuda del personal del centro de diálisis

25. Piense sobre cualquier otro problema que haya tenido con su diálisis en casa, sin incluir problemas con su equipo o para recibir productos para la diálisis. En los últimos 3 meses, cuando tuvo *cualquier otro problema* con su diálisis en casa, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le ayudó a resolverlos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ A veces
3 ☐ La mayoría de las veces
4 ☐ Siempre
5 ☐ No tuve ningún otro problema
6 ☐ Tuve otros problemas, pero no necesité ayuda del personal del centro de diálisis

EL CENTRO DE DIÁLISIS

Responda la pregunta 26 si recibe HEMODIÁLISIS EN UN CENTRO o DIÁLISIS EN CASA (hemodiálisis o diálisis peritoneal [DP]).

26. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor centro de diálisis posible y 10 es el mejor centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar a este centro de diálisis?

0 ☐ 0 El peor centro de diálisis posible
1 ☐ 1
2 ☐ 2
3 ☐ 3
4 ☐ 4
5 ☐ 5
6 ☐ 6
7 ☐ 7
8 ☐ 8
9 ☐ 9
10 ☐ 10 El mejor centro de diálisis posible

TRATAMIENTO

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado que recibió en los últimos 12 meses. Mientras responde estas preguntas, solo piense en sus experiencias con [SAMPLE FACILITY NAME], aunque no haya recibido cuidado todos los 12 meses.

27. La enfermedad de los riñones puede ser tratada con diálisis en un centro de diálisis, con diálisis en casa o con un trasplante de riñón. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones, enfermeros especializados, asistentes médicos o el personal del centro de diálisis hablaron con usted tanto como usted quería sobre cuál tratamiento es el adecuado para usted?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

28. ¿Es usted elegible para recibir un trasplante de riñón?

1 ☐ Sí → ***Si contestó "Sí", pase a la pregunta 30***
2 ☐ No
3 ☐ No sé → ***Si contestó "No sé", pase a la pregunta 30***

29. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones, enfermeros especializados, asistentes médicos o el personal del centro de diálisis le explicaron por qué usted no es elegible para un trasplante de riñón?

1 ☐ Sí
2 ☐ No

30. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones, enfermeros especializados, asistentes médicos o el personal del centro de diálisis le dieron información a sus familiares o amistades sobre su cuidado o el plan de tratamiento, si es que usted lo pidió?

1 ☐ Sí
2 ☐ No
3 ☐ No les pedí información en los últimos 12 meses

31. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez estuvo descontento con el cuidado que recibió a través del centro de diálisis?

1 ☐ Sí
2 ☐ No → ***Si contestó "No", pase a la pregunta 34***

32. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez habló con sus doctores de los riñones, enfermeros especializados, asistentes médicos o el personal del centro de diálisis sobre esto?

1 ☐ Sí
2 ☐ No → ***Si contestó "No", pase a la pregunta 34***

33. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecho con la manera en que atendieron sus inquietudes?

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

34. En los últimos 12 meses, si es que recibe hemodiálisis en un centro ¿sus doctores de los riñones, enfermeros especializados, asistentes médicos o el personal del centro de diálisis hablaron con usted sobre la hemodiálisis en casa o la diálisis peritoneal (DP)?

1 ☐ Sí
2 ☐ No
3 ☐ No recibo hemodiálisis en un centro.

ACERCA DE USTED

35. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?

1 ☐ Excelente
2 ☐ Muy bueno
3 ☐ Bueno
4 ☐ Regular
5 ☐ Malo

36. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud mental o emocional?

1 ☐ Excelente
2 ☐ Muy bueno
3 ☐ Bueno
4 ☐ Regular
5 ☐ Malo

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

1 ☐ Sin educación formal
2 ☐ 5° grado o menos
3 ☐ 6°, 7° u 8° grado
4 ☐ Algo de preparatoria o 'high school' pero sin graduarse
5 ☐ Graduado de la escuela preparatoria o 'high school' o GED
6 ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
7 ☐ Título universitario de 4 años
8 ☐ Título universitario de más de 4 años

38. ¿Qué idioma habla usted principalmente en el hogar? *Por favor marque solo una respuesta.*

1 ☐ Inglés
2 ☐ Español
3 ☐ Chino
4 ☐ Samoano
5 ☐ Ruso
6 ☐ Vietnamita
7 ☐ Portugués
8 ☐ Algún otro idioma (por favor, especifique):
_____

39. ¿A qué raza o grupo étnico pertenece? *Por favor marque una o más*.

1 ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
2 ☐ Asiática
3 ☐ Negra o afroamericana
4 ☐ Hispana o Latina
5 ☐ De medio oriente o África del norte
6 ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
7 ☐ Blanca

AYUDA

40. ¿Le ayudó alguien a llenar esta encuesta?

1 ☐ Sí
2 ☐ No → ***Gracias. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que no necesita estampilla de correo.***

41. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Por favor marque una o más*.

1 ☐ Me leyó las preguntas
2 ☐ Escribió las respuestas que yo le di
3 ☐ Contestó las preguntas por mí
4 ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
5 ☐ Me ayudó de alguna otra manera (Por favor escriba en letra tipo imprenta):
_____

Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre adjunto a:

DIALYSIS SURVEY
C/O RTI International
ATTENTION: Data Capture (38031)
3040 Cornwallis Road
Durham, NC 27713