

# Encuesta sobre la Experiencia con elProveedor de Medicare

## INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

Esta encuesta pregunta sobre usted y la atención médica que recibió en los últimos 6 meses. Conteste cada pregunta pensando en usted. Por favor, tómese el tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor, devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto que no necesita estampillas a [VENDOR NAME].

Conteste todas las preguntas marcando una "X" en el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija, así:

 Sí

Asegúrese de leer todas las opciones de respuestas antes de marcar su respuesta.

A veces se le pedirá que no responda algunas preguntas en la encuesta. Cuando esto ocurra, usted verá una flecha con una nota que le indicará a qué pregunta hay que pasar, así:

 **[Si contestó “No”, pase al nº 3]**. Vea el ejemplo a continuación:

### EJEMPLO

1. ¿Usa un audífono ahora?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 3**

1. ¿Cuánto tiempo ha llevado un audífono?

 Menos de u año

 1 a 3 años

 Más de 3 años

 No uso un audífono

1. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido algún dolor de cabeza?

 Sí

 No

#### Su proveedor

1. Según nuestros registros, usted visitó al proveedor nombrado abajo en los últimos 6 meses.

PRFNAME\_VIS PRLNAME\_VIS PRTITLE\_VIS

¿Es correcto?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 26**

Las preguntas de esta encuesta se van a referir al proveedor nombrado en la Pregunta 1 como “este proveedor.” Por favor, piense en esa persona al contestar las preguntas de la encuesta.

1. ¿Es este el proveedor al que usted va generalmente si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima?

 Sí

 No

1. ¿Cuánto tiempo hace que ha estado yendo a este proveedor?

 Menos de 6 meses

 Al menos 6 meses pero menos de 1 año

 Al menos 1 año pero menos de 3 años

 Al menos 3 años pero menos de 5 años

 5 años o más

#### La atención que recibió de este proveedoren los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de la atención médica que **usted** ha recibido. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. **No** incluya las consultas al dentista.

1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a este proveedor para recibir atención médica para usted mismo?

 Ninguna  **Si contestó “Ninguna”, pase al nº 26**

 1 vez

 2

 3

 4

 5 to 9

 10 veces o más

1. En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para pedir una cita debido a una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual **necesitaba atención inmediata**?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 7**

1. En los últimos 6 meses, cuando se comunicó con el consultorio de este proveedor para pedir una cita para **recibir atención inmediata**, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** con este proveedor?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 9**

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

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para hacer una pregunta médica durante las horas normales de oficina?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 11**

1. En los últimos 6 meses, cuando se comunicó con el consultorio de este proveedor durante las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica ese mismo día?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para hacer una pregunta médica después de las horas normales de oficina?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 13**

1. En los últimos 6 meses, cuando se comunicó con el consultorio de este proveedor después de las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia contestaron su pregunta médica tan pronto como lo necesitaba?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor le escuchó con atención?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor parecía saber la información importante sobre sus antecedentes médicos?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor pasó suficiente tiempo con usted?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿le mandó este proveedor hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 20**

1. En los últimos 6 meses, cuando este proveedor le mandó hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de este proveedor se comunicó con usted para darle los resultados?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y este proveedor sobre comenzar o suspender un medicamento recetado?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 22**

1. Cuando hablaron usted y este proveedor sobre comenzar o suspender un medicamento recetado, ¿le preguntó este proveedor sobre lo que usted creía que sería lo mejor para usted?

 Sí

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y este proveedor sobre cuánto de la información personal sobre su salud quería que se compartiera con su familia o sus amigos?

 Sí

 No

1. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor proveedor posible y el 10 el mejor proveedor posible, ¿qué número usaría para calificar a este proveedor?

 0 El peor proveedor posible

 1

 2

 3

 4

 5

 6

 7

 8

 9

 10 El mejor proveedor posible

#### Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor le trataron con cortesía y respeto?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre


#### La atención que recibió de especialistas en los últimos 6 meses

1. 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. ¿**El proveedor nombrado en la pregunta número 1** de esta encuesta es especialista?

 Sí  **Si contestó “Sí”, incluya a este proveedor mientras conteste las preguntas acerca de especialistas**

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿trató de hacer alguna cita con especialistas?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 29**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir citas con especialistas?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

#### Toda la atención que recibió en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de **toda** la atención médica que **usted** ha recibido. Incluya todos los proveedores que usted vio para atención médica en los últimos 6 meses. **No** incluya las consultas al dentista.

1. Su equipo de atención médica incluye a todos los doctores, las enfermeras y otras personas que ve para atención médica. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y algún miembro de su equipo de atención médica sobre la alimentación saludable y los hábitos de alimentación saludables?

 Sí

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y algún miembro de su equipo de atención médica sobre el ejercicio que usted hace o las actividades físicas que realiza?

 Sí

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿tomó algún medicamento recetado?

 Sí

 No  **Si** **contestó “No”, pase al nº 34**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y algún miembro de su equipo de atención médica sobre todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y algún miembro de su equipo de atención médica sobre cuánto cuestan los medicamentos recetados?

 Sí

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿tuvo familiares o amigos que tomaron parte en su atención médica?

 Sí

 No  **Si** **contestó “No”, pase al n° 37**

1. En los últimos 6 meses, ¿este proveedor de salud hizo que su familia o amigos tomaran parte en conversaciones sobre su atención médica tanto como usted quería?

 Sí

 No

1. En los últimos 6 meses, ¿su familia o amigos recibieron el apoyo emocional de este proveedor tanto como querían?

 Sí

 No

1. En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún sentimiento de ansiedad o tristeza?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al n° 39**

1. En los últimos 3 meses, ¿recibió tanta ayuda como usted quería para sus sentimientos de ansiedad o tristeza?

 Sí, definitivamente

 Sí, algo

 No

1. En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún dolor?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al n° 41**

1. En los últimos 6 meses, ¿este proveedor le brindó tanta ayuda como usted quería para su dolor?

 Sí

 No

1. ¿Alguna vez alguien de la oficina de este proveedor habló con usted sobre lo que debe hacer durante una emergencia médica?

 Sí

 No

#### Sobre usted

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

 Excelente

 Muy Buena

 Buena

 Regular

 Mala

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

 Excelente

 Muy Buena

 Buena

 Regular

 Mala

1. En los **últimos 12 meses**, ¿ha ido a ver a un doctor o a otro proveedor de salud 3 veces o más por la misma enfermedad o problema?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 46**

1. ¿Se trata de una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses?

 Sí

 No

1. ¿Necesita o toma ahora algún medicamento recetado por un doctor?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 48**

1. ¿Este medicamento es para tratar una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses?

 Sí

 No

1. ¿Qué edad tiene?

 18 a 24

 25 a 34

 35 a 44

 45 a 54

 55 a 64

 65 a 69

 70 a 74

 75 a 79

 80 a 84

 85 o más

1. ¿Es usted hombre o mujer?

 Hombre

 Mujer

1. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted 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

1. ¿Qué tan bien habla inglés?

 Muy bien

 Bien

 No mucho

 Nada en lo absoluto

1. ¿Habla un idioma que no sea inglés en casa?

 Sí

 No  **Si contestó “No”, pase al nº 54**

1. ¿En qué idioma habla en casa?

 Español

 Chino

 Coreano

 Ruso

 Vietnamita

 Otro idioma

1. Debido a un problema de salud o un problema físico, ¿no puede hacer o tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades? (*Marque una respuesta para cada actividad*).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividad | No puedo hacer esta actividad | Sí, tengo dificultad | No, no tengo dificultad |
| a. Bañarse | check box | check box | check box |
| b. Vestirse | check box | check box | check box |
| c. Comer | check box | check box | check box |
| d. Sentarse o levantarse de una silla | check box | check box | check box |
| e. Caminar | check box | check box | check box |
| f. Usar el baño | check box | check box | check box |

1. ¿Alguna vez usa Internet en su hogar?

 Sí

 No

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

 Sí, hispano, latino o español

 No, no hispano, latino o español  **Si contestó “No”, pase al nº 58**

1. ¿Cuál de los siguientes le describe mejor?

 Mexicano, mexicanoamericano, chicano

 Puertorriqueño

 Cubano

 De otro origen hispano, latino o español

1. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.
* Indígena americana o nativa de Alaska
* Asiática – Por favor especifique 

 India de Asia

 China

 Filipina

 Japonesa

 Coreana

 Vietnamita

 Otra raza asiática

* Negra o afroamericana
* Nativa de Hawái o isleña del Pacífico – Por favor especifique 

 Guamesa o Chamorra

 Nativa de Hawái

 Samoana

 De otra isla del Pacífico

* Blanca
1. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

 Sí

**** No ** Gracias. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto que no necesita estampillas.**

1. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? 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

**Gracias. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto que no necesita estampillas.**

*Si ya no tiene el sobre, puede enviar su encuesta a:*

Medicare Provider Experience Survey
[INSERT VENDOR ADDRESS]