

# Encuesta sobre la Experiencia con el Proveedor 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:

 check box with an X  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:

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

### EJEMPLO

¿Usa un audífono ahora?

check box Sí

 No Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 3**

¿Cuánto tiempo ha llevado un audífono?

check box Menos de un año

check box 1 a 3 años

check box Más de 3 años

check box No uso un audífono

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

 Sí

check box 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?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Sí

check box No

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

check box Menos de 6 meses

check box Al menos 6 meses pero menos de 1 año

check box Al menos 1 año pero menos de 3 años

check box Al menos 3 años pero menos de 5 años

check box 5 años o más

#### La atención que recibió de este proveedor en 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?

check box Ninguna Arrow pointing to the right **Si contestó “Ninguna”, pase al nº 26**

check box 1 vez

check box 2

check box 3

check box 4

check box 5 a 9

check box 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**?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box 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?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box 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?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Sí

check box 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?

check box Sí

check box 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?

check box 0 El peor proveedor posible

check box 1

check box 2

check box 3

check box 4

check box 5

check box 6

check box 7

check box 8

check box 9

check box 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?

check box Nunca

check box A veces

check box 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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box 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?

check box Sí Arrow pointing to the right **Si contestó “Sí”, incluya a este proveedor mientras conteste las preguntas acerca de especialistas**

check box No

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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 29**

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

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box 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?

check box Sí

check box 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?

check box Sí

check box No

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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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?

check box Nunca

check box A veces

check box La mayoría de las veces

check box Siempre

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

check box Sí

check box No

1. En los últimos 6 meses, ¿algún miembro de su equipo de atención médica le preguntó si hubo un periodo de tiempo durante el cual usted se sintió triste, vacío o deprimido?

check box Sí

check box No

1. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y algún miembro de su equipo de atención médica sobre las cosas de su vida que le preocupan o le causan estrés?

check box Sí

check box No

#### Sobre usted

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

check box Excelente

check box Muy Buena

check box Buena

check box Regular

check box Mala

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

check box Excelente

check box Muy Buena

check box Buena

check box Regular

check box 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?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 40**

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

check box Sí

No



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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 42**

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

check box Sí

check box No

1. ¿Qué edad tiene?

check box 18 a 24

check box 25 a 34

check box 35 a 44

check box 45 a 54

check box 55 a 64

check box 65 a 69

check box 70 a 74

check box 75 a 79

check box 80 a 84

check box 85 o más

1. ¿Es usted hombre o mujer?

check box Hombre

check box Mujer

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

check box 8 años de escuela o menos

check box 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse

check box Graduado de la escuela secundaria (high school), diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)

check box Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años

check box Título universitario de 4 años

check box Título universitario de más de 4 años

1. ¿Qué tan bien habla inglés?

check box Muy bien

check box Bien

check box No mucho

Nada en lo absoluto



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

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 48**

1. ¿En qué idioma habla en casa?

check box Español

check box Chino

check box Coreano

check box Ruso

check box Vietnamita

check box 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?

check box Sí

No



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

check box Sí, hispano, latino o español

No, no hispano, latino o español Arrow pointing to the right **Si contestó “No”, pase al nº 52**



1. ¿Cuál de los siguientes le describe mejor?

check box Mexicano, mexicanoamericano, chicano

check box Puertorriqueño

check box Cubano

check box 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 Arrow pointing to the right



check box India de Asia

check box China

check box Filipina

check box Japonesa

check box Coreana

check box Vietnamita

check box Otra raza asiática

Negra o afroamericana



Nativa de Hawái o isleña del Pacífico – Por favor especifique Arrow pointing to the right



check box Guamesa o Chamorra

check box Nativa de Hawái

check box Samoana

check box De otra isla del Pacífico

Blanca



1. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

check box Sí

check box No Arrow pointing to the right **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.

check box Me leyó las preguntas

check box Anotó las respuestas que le di

check box Contestó las preguntas por mí

check box Tradujo las preguntas a mi idioma

check box 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]