

**OMB #: 0938-1066**  
**Expiration Date: January 31, 2021**

**ENCUESTA DE CAHPS<sup>®</sup> SOBRE LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN CASA**

**(INSTRUCCIONES ALTERNATIVAS PARA LOS  
FORMULARIOS QUE SE VAN A DIGITALIZAR)**

**2018**

## Instrucciones para la encuesta

- Responda todas las preguntas llenando por completo el círculo a la izquierda de su respuesta.
- A veces se le indica que debe saltarse algunas preguntas de esta encuesta. Cuando ocurra, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta es la siguiente, de esta manera:
  - Sí → Si respondió Sí, vaya a la pregunta 1, en la página 1.
  - No

## Los servicios de salud que usted recibió en su casa

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME], una agencia que brinda servicios de salud en casa. ¿Es eso correcto?  
  
Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de sus experiencias con esta agencia.
  - Sí
  - No → Si respondió que No, por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.

2. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo qué tipo de atención y de servicios le darían?
  - Sí
  - No
  - No recuerda
3. Cuando recién empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **le habló** sobre cómo debía colocar las cosas en su casa para poder moverse con mayor seguridad?
  - Sí
  - No
  - No recuerda
4. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todas las **medicinas** que usted estaba tomando ya sean **las recetadas por un médico o las que se compran sin receta**?
  - Sí
  - No
  - No recuerda

5. Cuando empezó a recibir los servicios de salud en su casa por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió ver todas las medicinas que usted estaba tomando ya sean las recetadas por un médico o las que se compran sin receta?
- Sí
  - No
  - No recuerda

**Su cuidado de los  
proveedores de cuidado de  
la salud en su casa en los  
últimos 2 meses**

Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [AGENCY NAME] que lo/la atendieron en los últimos 2 meses. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de servicios de salud a domicilio. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.

6. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia una enfermera o un enfermero?
- Sí
  - No

7. En los últimos 2 meses en que recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla?
- Sí
  - No
8. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia un asistente de salud en el domicilio o un asistente de cuidados personales?
- Sí
  - No
9. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores de cuidado de salud de esta agencia parecían estar informados y al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que recibió en su casa?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
  - En los últimos dos meses en que recibí servicios de salud en casa solamente me atendió un proveedor

10. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía?
- Sí
  - No
11. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tomó alguna nueva medicina recetada o hizo un cambio respecto a alguna de las medicinas que estaba tomando?
- Sí
  - No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 15.**
12. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de la **razón** por la cual usted debía tomar la nueva medicina que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a alguna medicina que estaba tomando?
- Sí
  - No
  - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
13. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿alguno de los proveedores del cuidado de salud de esta agencia habló con usted acerca de **cuando** debía tomar esas medicinas?
- Sí
  - No
  - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
14. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estas medicinas?
- Sí
  - No
  - No** tomé ninguna medicina nueva de receta médica ni cambié de medicina
15. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su casa?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre

**16.** En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores de cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible?

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

**17.** En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender?

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

**18.** En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon con atención?

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

**19.** En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿con qué frecuencia le trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto?

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

**20.** Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia.

Usando un número de 0 a 10, donde 0 es el peor cuidado de la salud en su casa posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en su casa posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores de cuidado de la salud en su casa de esta agencia?

- 0 El peor servicio de salud en su casa posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor servicio de salud en su casa posible

## La agencia que le brindó servicios de salud en su casa

Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [AGENCY NAME].

21. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿se comunicó con la **oficina** de esta agencia para recibir ayuda o consejos?
- Sí
  - No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 24.**
22. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la ayuda o consejos que necesitaba?
- Sí
  - No → **Si respondió No, vaya a la pregunta 24.**
  - No** me comuniqué con esta agencia
23. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la ayuda o consejo que necesitaba?
- Lo/la atendieron ese mismo día
  - De 1 a 5 días
  - De 6 a 14 días
  - Más de 14 días
  - No** me comuniqué con esta agencia

24. En los últimos 2 meses en que usted recibió servicios de salud en su casa, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?
- Sí
  - No
25. ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran servicios de salud en su casa?
- Definitivamente no
  - Probablemente no
  - Probablemente sí
  - Definitivamente sí

## Acerca de usted

26. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala

28. ¿Vive usted solo(a)?

- Sí
- No

29. ¿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

30. ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

- Sí
- No

31. ¿A qué raza pertenece? Por favor seleccione una o más.

- Blanca
- Negra o Afro Americana
- Asiática
- Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- Indígena Americana o Nativa de Alaska

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
- Español
- Algún otro idioma:

---

*(Por favor escriba en letra de imprenta.)*

33. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No → **Si respondió que No, por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre provisto con franqueo pagado.**

34. ¿En qué manera le ayudó esa persona?  
Seleccione todo lo que corresponda.

- Me leyó las preguntas
- Anotó mis respuestas
- Respondió las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de alguna otra manera:

---

*(Por favor escriba en letra de  
imprenta.)*

- Nadie me ayudó a completar esta encuesta

**¡Muchas gracias!**

**Por favor, devuelva la encuesta  
completada en el sobre provisto con  
franqueo pagado.**