OMB #: 0938-1066 Vence 31 de julio de 2026

ENCUESTA DE CAHPS® SOBRE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

2025

INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- Responda todas las preguntas marcando el encasillado 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.

CUIDADO DE LA SALUD QUE USTED RECIBIÓ EN EL HOGAR

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de [AGENCY NAME], una agencia que brinda cuidado de la salud en el hogar. ¿Es eso correcto?

Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de sus experiencias con esta agencia.

1 Si

No → Si respondió que No, por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.

2.	Cuando recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar 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 cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le habló sobre cómo debía colocar las cosas en el hogar para poder moverse con mayor seguridad? 1
4.	Cuando empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con usted acerca de todos los medicamentos que usted estaba tomando ya sean los recetados por un médico o los que se compran sin receta? Sí No

No recuerda

5. Cuando empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le pidió ver todos los medicamentos que usted estaba tomando ya sean los recetados por un médico o los que se compran sin receta? 1	7. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia un especialista en terapia física, terapia de trabajo o terapia del habla? 1 Sí 2 No
³ No recuerda	8. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del
Su cuidado de los PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES	asisteme de cuidados personares:
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 cuidado de la salud en el hogar. No incluya los cuidados que usted recibió de familiares o amigos.	9. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia parecían estar informados y al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que recibió en el hogar?
6. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia una enfermera o un enfermero? 1	 Nunca A veces La mayoría de las veces Siempre En los últimos dos meses en que recibí cuidado de la salud en el hogar solamente me atendió un proveedor

10.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía? 1 Sí	13.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con usted acerca de cuándo debía tomar esos medicamentos?
	2 □ No		1 ☐ Sí 2 ☐ No
11.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿tomó algún nuevo medicamento recetado o hizo un		No tomé ningún medicamento nuevo de receta médica ni cambié de medicamento
	cambio respecto a alguno de los medicamentos que estaba tomando? ¹ ☐ Sí ² ☐ No → Si respondió No, vaya a la pregunta 15.	14.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversaron con usted los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre los efectos secundarios de estos medicamentos?
12.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con usted acerca de la razón por la cual usted debía tomar el nuevo medicamento que le recetó el médico o la razón por la cual usted debía hacer algún cambio con respecto a	15.	1 ☐ Sí 2 ☐ No 3 ☐ No tomé ningún medicamento nuevo de receta médica ni cambié de medicamento En los últimos 2 meses en que usted
	hacer algún cambio con respecto a algún medicamento que estaba tomando? 1		recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvieron informado(a) los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre cuándo llegarían a su hogar? 1 Nunca 2 A veces 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

16.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo más gentilmente posible? 1 Nunca 2 A veces 3 La mayoría de las veces 4 Siempre	19.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia le trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto? 1 Nunca 2 A veces 3 La mayoría de las veces 4 Siempre
17.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia le explicaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia las cosas de una manera que era fácil de entender? 1 Nunca 2 A veces 3 La mayoría de las veces 4 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 el hogar posible y 10 es el mejor cuidado de la salud en el hogar posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado de los proveedores del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia? □ 0 El peor cuidado de la salud en el hogar posible
18.	En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon con atención? 1 Nunca 2 A veces 3 La mayoría de las veces 4 Siempre		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 El mejor cuidado de la salud en el hogar posible

LA AGENCIA QUE LE BRINDÓ **CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR**

CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR	hogar, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?
Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [AGENCY NAME].	¹ □ Sí 2 □ No
21. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿se comunicó con la oficina de esta agencia para recibir orientación o ayuda? 1 □ Sí 2 □ No → Si respondió No, vaya a la pregunta 24.	25. ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran cuidado de la salud en el hogar? 1 Definitivamente no 2 Probablemente no 3 Probablemente sí 4 Definitivamente sí
22. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el	_
hogar, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la	ACERCA DE USTED
orientación o ayuda que necesitaba?	26. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?
² □ No → Si respondió No, vaya a	¹ Excelente
la pregunta 24.	² Muy buena
No me comuniqué con esta	³ Duena
agencia	⁴ Regular
23. Cuando se comunicó con la oficina de	⁵ Mala
esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la orientación o ayuda que necesitaba?	27. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?
¹ Lo/la atendieron ese mismo día	¹ Excelente
² De 1 a 5 días	² Muy buena
De 6 a 14 días	³ Duena
⁴ Más de 14 días	⁴ Regular
No me comuniqué con esta agencia	⁵ Mala

24.

En los últimos 2 meses en que usted

recibió cuidado de la salud en el

28.	¿Vive usted solo(a)? 1	31.	¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más. 1 Indígena Americana o Nativa de Alaska
29.	¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? 1 8 años de escuela o menos 2 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse 3 Graduado de "high school"		 Asiática Negra o Afro Americana Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico Blanca
	Graduado de "high school" (escuela secundaria), diploma de GED (escuela secundaria, preparatoria o su equivalente) 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	32.	¿Principalmente qué idioma habla en el hogar? 1
30.	¿Es usted hispano(a) o latino(a)? 1 Sí 2 No	33.	¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta? 1 Sí 2 No Si respondió que No, por favor, devuelva la encuesta completada en el sobre con timbre postal pre-pagado.

34.	¿En qué manera le ayudó esa persona? Marque todo lo que corresponda.		
	1	Me leyó las preguntas	
	2	Anotó mis respuestas	
	3	Respondió las preguntas por mí	
	4	Tradujo las preguntas a mi idioma	
	5	Me ayudó de alguna otra manera:	
	6	(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 con timbre postal pre-pagado.