Proxy Telephone Interview Script for the
Home Health Care CAHPS Survey in Spanish

PROXY ID ¿Hay alguien, tal como un familiar o una amistad, que esté familiarizado con las experiencias del cuidado de la salud de [SAMPLE MEMBER’S NAME]?

PROBE TO FIND OUT IF PERSON IS AVAILABLE IN HOUSEHOLD TO DO INTERVIEW.

1. SÍ  [GO TO PROXY\_INTRO]
2. NO  [COLLECT NAME AND TELEPHONE NUMBER OF PROXY AND SET A CALLBACK, OR IF NO PROXY EXISTS, GO TO Q\_END AND CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE]

IF ASKED WHO IS CALLING:
Mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y llamo de [ORGANIZATION.] Quisiera hablar con alguna persona que esté familiarizada con la salud y experiencias de cuidado de la salud de [SAMPLE MEMBER NAME], para un estudio de [ORGANIZATION] sobre el cuidado de la salud.

PROXY\_INTRO [(Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches) mi nombre es {INTERVIEWER NAME} y llamo de parte de {HOME HEALTH AGENCY}]. La agencia está participando en una encuesta nacional para evaluar la calidad de los servicios que reciben las personas por parte de las agencias dedicadas al cuidado de las personas en el hogar. Los resultados ayudarán a otras personas que tienen que elegir una agencia que les brinde cuidado de la salud en el hogar.

La participación de [SAMPLE MEMBER NAME] en esta encuesta es voluntaria. El completar la entrevista tomará alrededor de 12 minutos y es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad.

**NOTA: THE LENGTH OF THE INTERVIEW WILL DEPEND ON WHETHER THE HHA ADDS SUPPLEMENTAL QUESTIONS TO ITS HOME HEALTH CARE CAHPS SURVEY.**

INTRO3 INTRO3 AND INTRO4 USED ONLY IF CALLING PROXY BACK TO COMPLETE A SURVEY THAT WAS BEGUN IN A PREVIOUS CALL. NOTE THAT THE PROXY MUST HAVE ANSWERED AT LEAST ONE QUESTION IN THE SURVEY IN A PRECEDING CALL.

(Buenos días/Buenas tardes), ¿puedo hablar con [PROXY NAME]?

IF ASKED WHO IS CALLING:
Mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y estoy llamando de [VENDOR]. Me gustaría hablar con [PROXY NAME] acerca de un estudio sobre la atención médica.

1. YES, PROXY IS AVAILABLE AND ON PHONE NOW  [GO TO INTRO4]
2. NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW  [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL]  [GO TO Q\_REF SCREEN]

INTRO4 (Buenos días/Buenas tardes), le llamo para continuar la encuesta que comenzamos en una llamada anterior, acerca de la atención que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió de [HOME HEALTH AGENCY]. Me gustaría continuar la entrevista ahora.

1. CONTINUE WITH INTERVIEW AT FIRST UNANSWERED QUESTION
2. NO, NOT RIGHT NOW  [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL]  [GO TO Q\_REF SCREEN]
4. Según nuestro registro, [SAMPLE MEMBER NAME] recibió servicios por parte de [HOME HEALTH AGENCY], una agencia que brinda cuidado de la salud en el hogar. ¿Es eso correcto?
5. SÍ  [GO TO Q2\_INTRO]
6. NO  [GO TO Q\_INELIG]

M MISSING/DK  [GO TO Q\_INELIG]

Q2\_INTRO Al responder las preguntas de esta encuesta, piense solamente acerca de las experiencias de [SAMPLE MEMBER NAME] con esta agencia. Por favor trate de responder las preguntas lo mejor que pueda desde el punto de vista de [SAMPLE MEMBER NAME]. Si es necesario, puede responder las preguntas desde el punto de vista de un miembro de la familia o de la persona que ayuda al cuidado de [SAMPLE MEMBER NAME].

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia le dijo a [él/ella] qué tipo de atención y de servicios le darían?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia **habló con [él/ella]** sobre cómo debía colocar las cosas en el hogar para poder moverse con mayor seguridad?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de esta agencia habló con [él/ella] acerca de todos los **medicamentos** que [él/ella] estaba tomando ya sean **los recetados por un médico o los que se compran sin receta**?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [él/ella] estaba tomando ya sean los recetados por un médico o los que se compran sin receta?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

Q6\_INTRO Las siguientes preguntas son sobre todo el personal de la agencia [HOME HEALTH AGENCY] que atendió a [SAMPLE MEMBER NAME] en los últimos 2 meses. No incluya la atención que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió del personal de otra agencia de cuidado de la salud en el hogar. No incluya los cuidados que [él/ella] recibió de familiares o amigos.

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] 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?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] 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?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿fue uno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia un asistente de salud en el hogar o un asistente de cuidados personales?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] 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 estar al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que [él/ella] recibía en el hogar? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces,
5. Siempre, o
6. En los últimos dos meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, solamente lo/la atendió un proveedor?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿habló [él/ella] con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que sentía?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿tomó [él/ella] algún nuevo medicamento recetado o hizo un cambio respecto a alguno de los medicamentos que estaba tomando?
2. SÍ
3. NO  [GO TO Q15]

M MISSING/DK  [GO TO Q15]

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con [él/ella] acerca de la **razón** por la cual [él/ella] debía tomar el nuevo medicamento que le recetó el médico o la razón por la cual [él/ella] debía hacer algún cambio con respecto a algún medicamento que estaba tomando?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿alguno de los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia habló con [él/ella] acerca de **cuándo** debía tomar esos medicamentos?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversaron con [él/ella] los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia sobre los **efectos secundarios** de estos medicamentos?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] 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? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] 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? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que 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? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia lo/la escucharon a [él/ella] con atención? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la trataron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia con cortesía y respeto? ¿Diría usted que…
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

Q20\_INTRO Queremos saber cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia. Por favor trate de responder las preguntas lo mejor que pueda desde el punto de vista de [SAMPLE MEMBER NAME]. Si es necesario, puede responder las preguntas desde el punto de vista de un miembro de la familia o de la persona que ayuda al cuidado de [SAMPLE MEMBER NAME].

1. 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 [SAMPLE MEMBER NAME] para calificar el cuidado de los proveedores del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia?

READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY

00 0 El peor cuidado de la salud en el hogar posible

01 1

02 2

03 3

04 4

05 5

06 6

07 7

08 8

09 9

10 10 El mejor cuidado de la salud en el hogar posible

M MISSING/DK

Q21\_INTRO Las siguientes preguntas son sobre la oficina de [HOME HEALTH AGENCY].

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿se comunicó [él/ella] con la **oficina** de esta agencia para recibir orientación o ayuda?
2. SÍ
3. NO  [GO TO Q24]

M MISSING/DK  [GO TO Q24]

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, cuando [él/ella] se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió [él/ella] la orientación o ayuda que necesitaba?
2. SÍ
3. NO  [GO TO Q24]

M MISSING/DK  [GO TO Q24]

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la orientación o ayuda que [él/ella] necesitaba? ¿Diría usted que…
2. El mismo día,
3. De 1 a 5 días,
4. De 6 a 14 días, o
5. Más de 14 días?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿tuvo [él/ella] algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿Recomendaría [SAMPLE MEMBER NAME] esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran cuidado de la salud en el hogar? ¿Diría usted que…
2. Definitivamente no,
3. Probablemente no,
4. Probablemente sí, o
5. Definitivamente sí?

M MISSING/DK

Q26\_INTRO Esta última serie de preguntas se refiere a información sobre [SAMPLE MEMBER NAME]. Por favor escuche todas las opciones de respuesta antes de seleccionar su respuesta.

1. En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] toda su salud? ¿Diría usted que es…
2. Excelente,
3. Muy buena,
4. Buena,
5. Regular, o
6. Mala?

M MISSING/DK

1. En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] su salud mental o emocional? ¿Diría usted que es…
2. Excelente,
3. Muy buena,
4. Buena,
5. Regular, o
6. Mala?

M MISSING/DK

1. ¿Vive [SAMPLE MEMBER NAME] solo(a)?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado [SAMPLE MEMBER NAME]? ¿Diría usted que…
2. 8 años de escuela o menos,
3. 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse,
4. Graduado de “high school” (escuela secundaria), diploma de GED (escuela secundaria, preparatoria o su equivalente),
5. Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años,
6. Título universitario de 4 años, o
7. Título universitario de más de 4 años?

M MISSING/DK

1. ¿Es [SAMPLE MEMBER NAME] hispano(a) o latino(a)?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿A qué raza pertenece [SAMPLE MEMBER NAME]? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es [él/ella] de raza…
2. Indígena Americana o Nativa de Alaska,
3. Asiática,
4. Negra o Afro Americana,
5. Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico, o
6. Blanca?

M MISSING/DK

1. ¿Principalmente qué idioma habla [SAMPLE MEMBER NAME] en el hogar? ¿Diría usted que…
2. Inglés,  [GO TO Q\_END]
3. Español, o  [GO TO Q\_END]
4. Algún otro idioma?  [GO TO 32A]

M MISSING/DK  [GO TO Q\_END]

Q32A ¿Qué otro idioma habla [SAMPLE MEMBER NAME] por lo general en el hogar? (ENTER RESPONSE BELOW).

{ALLOW UP TO 50 CHARACTERS}

M MISSING/DK

Q\_END Esas son todas las preguntas que tengo para usted. Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

INELIGIBLE SCREEN:

Q\_INELIG Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).

REFUSAL SCREEN:

Q\_REF Muchas gracias por su tiempo. Que tenga muy buenos(as) (días/tardes/noches).