OMB #: 0938-1066

Expires [DATE]

ENCUESTA DE CAHPS® SOBRE CUIDADO DE LA SALUD EN EL  
HOGAR  
  
20XX

**OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN SPANISH** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  The valid OMB control number for this information collection is **0938-XXXX (Expires XX/XX/XXXX)**.  This is a **[mandatory/voluntary/required to retain or obtain a benefit (please select one)]** information collection.  The time required to complete this information collection is estimated to average 9 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.  If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.**\*\*\*\*CMS Disclosure\*\*\*\* Please do not send applications, claims, payments, medical records or any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office.  Please note that any correspondence not pertaining to the information collection burden approved under the associated OMB control number listed on this form will not be reviewed, forwarded, or retained. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact [List Program Specific Contact].**

Instrucciones para la encuesta

* Responda todas las preguntas marcando el encasillado a la izquierda de su respuesta.
* **Si está respondiendo por una persona que recibió cuidado de la salud en el hogar**, trate de responder las preguntas desde el punto de vista de esa persona.
* A veces puede saltarse algunas preguntas en esta encuesta. Cuando ocurra, verá una flecha con una nota que le indica qué pregunta es la siguiente, de esta manera:

Example response checkbox (not checked). Sí

Example response checkbox (checked). No Instructions: **Si respondió que No, vaya a la pregunta 1.**

Cuidado de la salud que usted recibió en el hogar

1. Según nuestro registro, usted recibió servicios por parte de **[AGENCY NAME]**. ¿Es eso correcto?

1 Sí

2 No Instructions: **Si respondió que No, por favor, deténgase y devuelva la encuesta en el sobre provisto.**

Su atención por parte del personal del cuidado de la salud en el hogar

Las siguientes preguntas se refieren a todo el personal de **[AGENCY NAME]**. No incluya la atención que recibió del personal de otra agencia de cuidado de la salud en el hogar.

1. Cuando recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia le habló sobre las **maneras de ayudar a que su hogar sea más seguro**? Por ejemplo, pueden haber sugerido instalar barras de apoyo en la ducha/regadera o eliminar peligros de tropiezo.

1 Sí

2 No

3 No sé

4 No necesité ayuda con la seguridad del hogar

1. ¿Alguna vez alguien de la agencia ha **revisado los medicamentos con o sin receta** que usted estaba tomando? Por ejemplo, es posible que le hayan pedido que les muestre sus medicamentos y le hayan hablado sobre cómo y cuándo tomar cada uno de ellos.

1 Sí

2 No

3 No sé

4 No tomo ningún medicamento

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversó con usted el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia sobre cualquier **efecto secundario** de sus medicamentos?

1 Sí

2 No

3 No sé

4 No tomo ningún medicamento

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvo informado(a) el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia sobre **cuándo llegaría** a su hogar?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia parecía estar **al tanto de toda la atención o tratamiento** que estaba recibiendo en el hogar?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia **lo/la trató cuidadosamente** – por ejemplo, al llevarlo(a) de un lugar a otro o al cambiarle el vendaje?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **explicó las cosas** de una manera que era fácil de entender?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **escuchó con atención**?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia le trató el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia con **cortesía y respeto**?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia sintió que el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia **se preocupaba por usted como persona**?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **proporcionó a su familia o amigos información o instrucciones** sobre su atención tanto como lo deseaba?

1 Sí

2 No

3 No sé

4 No quise ni necesité eso

1. En los últimos 2 meses en que recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los servicios que recibió de esta agencia le han **ayudado a cuidar de su salud**?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

1. Queremos saber cómo calificaría usted la calidad de la atención que le proporcionó el personal del cuidado de la salud en el hogar 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 la atención** del personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia?

0 El peor cuidado de la salud en el hogar posible

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 El mejor cuidado de la salud en el hogar posible

Su agencia del cuidado de la salud en el hogar

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

1. ¿Se ha comunicado con la **oficina** de esta agencia para pedir orientación o ayuda?

1 Sí

2  No Instructions: **Si respondió que No, vaya a la pregunta 17**

1. Cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la orientación o ayuda que necesitaba?

1 Sí

2 No

1. ¿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

Acerca de usted

Solo quedan algunas preguntas.

**Si está respondiendo en nombre de un familiar o un(a) amigo(a) que recibió cuidado de la salud en el hogar**, estas preguntas se refieren a esa persona, no a usted.

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

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

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

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

1. ¿Vive usted solo(a)?

1 Sí

2 No

1. ¿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” (escuela secundaria), diploma de GED (escuela secundaria, preparatoria o su equivalente)

4 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años

5 Título universitario de 4 años

6 Título universitario de más de 4 años

1. ¿A qué raza o etnicidad pertenece? Por favor marque una o más.
2. Indígena americana o nativa de Alaska
3. Asiática
4. Negra o afroamericana
5. Hispana o Latina
6. De medio oriente o África del norte
7. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
8. Blanca
9. ¿Principalmente qué idioma habla en el hogar?

1 Inglés

2 Español

3 Algún otro idioma: *(Por favor escriba en letra de imprenta.)*

1. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

1 Sí

2 No Instructions: **Si respondió que No, por favor, devuelva su encuesta completada en el sobre con timbre postal prepagado.**

1. ¿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: *(Por favor escriba en letra de imprenta.)*

6 Nadie me ayudó a completar esta encuesta

**¡Muchas gracias!  
Por favor, devuelva la encuesta completada  
en el sobre con timbre postal prepagado.**