Telephone Interview Script  
for the Home Health Care CAHPS Survey

INTRO1 (Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches), ¿podría hablar con [SAMPLE MEMBER’S NAME]?

1. YES Instrucciones: [GO TO INTRO2]
2. NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW Instrucciones: [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL] Instrucciones: [GO TO TERMINATE SCREEN]
4. MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE Instrucciones: [GO TO PROXY SCRIPT]

M MISSING/DK

IF ASKED WHO IS CALLING:  
Mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y llamo de [ORGANIZATION]. Quisiera hablar con [SAMPLE MEMBER’S NAME] acerca de un estudio sobre el cuidado de la salud.

IF PERSON ON PHONE VOLUNTEERS THEY ARE SAMPLE MEMBER’S PARTNER, CHILD, PARENT, SIBLING, GRANDCHILD, OR POWER OF ATTORNEY AND THEY ASK WHY WE ARE CALLING:

Quisiera hablar con [SAMPLE MEMBER’S NAME] sobre sus experiencias con el cuidado de la salud en el hogar que recibió de [AGENCY NAME].

INTRO2 (Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches), [SAMPLE MEMBER NAME], mi nombre es [INTERVIEWER FIRST & LAST NAME] y llamo de parte de [ORGANIZATION]. [AGENCY NAME] quiere saber sobre sus experiencias recientes con el cuidado de la salud en el hogar y me pidió que me comunicara con usted.

Sus comentarios ayudarán a mejorar la calidad de la atención que proporciona [AGENCY NAME] y ayudarán a Medicare a mejorar la calidad general del cuidado de la salud en el hogar.

Su participación es voluntaria y completamente confidencial. Le agradeceríamos mucho sus comentarios y mis preguntas tomarán como 9 minutos.

Esta llamada puede ser supervisada o grabada con fines de mejorar la 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 SAMPLE MEMBER BACK TO COMPLETE A SURVEY THAT WAS BEGUN IN A PREVIOUS CALL. NOTE THAT THE SAMPLE MEMBER MUST HAVE ANSWERED AT LEAST ONE QUESTION IN THE SURVEY IN A PRECEDING CALL.

(Buenos días/Buenas tardes), ¿puedo hablar con [SAMPLE MEMBER’S NAME]?

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

1. YES, SAMPLE MEMBER IS AVAILABLE AND ON PHONE NOW Instructions: [GO TO INTRO4]
2. NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW Instructions: [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL] Instructions: [GO TO Q\_REF SCREEN]
4. MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE Instructions: [GO TO PROXY SCRIPT]

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

1. CONTINUE WITH INTERVIEW AT FIRST UNANSWERED QUESTION
2. NO, NOT RIGHT NOW Instructions: [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL] Instructions: [GO TO Q\_REF SCREEN]
4. 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?
5. SÍ Instrucciones: [GO TO Q2\_INTRO]
6. NO Instrucciones: [GO TO Q\_INELIG]

M MISSING/DK Instrucciones: [GO TO Q\_INELIG]

Q2\_INTRO 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 usted recién empezó a recibir cuidado de la salud en el hogar por parte de esta agencia, ¿alguna persona de la agencia 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. ¿Diría que…?
2. Sí,
3. No,
4. No sabe, o
5. ¿Usted no necesitó ayuda con la seguridad del hogar?

M MISSING/DK

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 a usted que les muestre sus medicamentos y le hayan hablado sobre cómo y cuándo tomar cada uno de ellos. ¿Diría que…?
2. Sí,
3. No,
4. No sabe, o
5. ¿Usted no toma ningún medicamento? Instrucciones: [GO TO Q5]

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que usted 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? ¿Diría que…?
2. Sí,
3. No,
4. No sabe, o
5. ¿Usted no toma ningún medicamento?

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia lo/la mantuvo informado(a) a usted el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia sobre **cuándo llegaría** a su hogar? ¿Diría 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 usted 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** usted estaba recibiendo en el hogar. ¿Diría 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 usted 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 a usted** **cuidadosamente** – por ejemplo, al llevarlo(a) de un lugar a otro o al cambiarle el vendaje. ¿Diría 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 usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia **explicó las cosas** de una manera que era fácil de entender? ¿Diría 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 usted 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** a usted? ¿Diría 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 usted 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 a usted con **cortesía y respeto**? ¿Diría 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 usted 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**? ¿Diría que…?
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

Q12 En los últimos 2 meses en que usted 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? ¿Diría que…?

1. Sí,
2. No,
3. No sabe, o
4. ¿Usted no quería ni necesitaba esto?

M MISSING/DK

Q13 En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿con qué frecuencia los servicios que usted recibió de esta agencia le han **ayudado a cuidar de su salud**?¿Diría que…?

1. Nunca,
2. A veces,
3. La mayoría de las veces, o
4. Siempre?

M MISSING/DK

Q14\_INTRO 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.

Q14 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 usted **para calificar su atención** del personal 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

Q15\_INTRO Las siguientes preguntas son sobre la oficina de **[AGENCY NAME]**.

Q15 ¿Se ha comunicado usted con la **oficina** de esta agencia para pedir orientación o ayuda?

1. SÍ
2. NO Instructions: [GO TO Q17]

M MISSING/DK Instructions: [GO TO Q17]

Q16 Cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿recibió la orientación o ayuda que necesitaba?

1. SÍ
2. NO

M MISSING/DK

Q17 ¿Recomendaría esta agencia a sus familiares o a sus amistades si ellos necesitaran cuidado de la salud en el hogar? ¿Diría usted que…

1. Definitivamente no,
2. Probablemente no,
3. Probablemente sí, o
4. Definitivamente sí?

M MISSING/DK

Q18\_INTRO Solo quedan algunas preguntas.

Q18 En general, ¿cómo calificaría usted toda su salud? ¿Diría usted que es…?

1. Excelente,
2. Muy buena,
3. Buena,
4. Regular, o
5. Mala?

M MISSING/DK

Q19 En general, ¿cómo calificaría usted su salud mental o emocional? ¿Diría usted que es…?

1. Excelente,
2. Muy buena,
3. Buena,
4. Regular, o
5. Mala?

M MISSING/DK

Q20 ¿Vive usted solo(a)?

1. SÍ
2. NO

M MISSING/DK

Q21 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? ¿Diría que…?

1. 8 años de escuela o menos,
2. 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse,
3. Graduado(a) 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, o
6. Título universitario de más de 4 años?

M MISSING/DK

Q22 ¿A qué raza o etnicidad pertenece? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es usted de raza o etnicidad…?

1. Indígena americana o nativa de Alaska,
2. Asiática,
3. Negra o afroamericana,
4. Hispana o Latina,
5. De medio oriente o África del norte,
6. Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico, o
7. Blanca?

M MISSING/DK

Q23 ¿Principalmente qué idioma habla en el hogar? ¿Diría que…?

1. Inglés, Instructions: [GO TO Q\_END]
2. Español, o Instructions: [GO TO Q\_END]
3. Algún otro idioma? Instructions: [GO TO 23A]

M MISSING/DK Instructions: [GO TO Q\_END]

Q23A ¿Principalmente qué otro idioma habla 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)