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

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

1. YES  [GO TO INTRO2]
2. NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW  [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL]  [GO TO TERMINATE SCREEN]
4. MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE  [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 [HOME HEALTH AGENCY].

INTRO2 (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.

Su participación 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 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  [GO TO INTRO4]
2. NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW  [SET CALLBACK]
3. NO [REFUSAL]  [GO TO Q\_REF SCREEN]
4. MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE  [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 [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, usted 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 sus experiencias con esta agencia.

1. 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?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. 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?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. 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**?
2. SÍ
3. NO
4. NO RECUERDA

M MISSING/DK

1. 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?
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 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.

1. 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?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. 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?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que usted 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 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 estar al día acerca de todo el cuidado o tratamiento que usted 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 usted 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 usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿habló con alguna de las personas de esta agencia acerca del dolor que usted sentía?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿tomó 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 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 algún medicamento que estaba tomando?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. 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. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. 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?
2. SÍ
3. NO

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 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 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? ¿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 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? ¿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 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? ¿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 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? ¿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 usted la calidad de la atención que le brindaron los proveedores del cuidado de la salud de esta agencia.

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 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 usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿se comunicó 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 usted recibió cuidado de la salud en el hogar, cuando usted se comunicó con la oficina de esta agencia ¿recibió la orientación o ayuda que necesitaba?
2. SÍ
3. NO  [GO TO Q24]

M MISSING/DK  [GO TO Q24]

1. Cuando se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿cuánto tiempo necesitó para obtener la orientación o ayuda que 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 usted recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿tuvo algún problema con los servicios que recibió de esta agencia?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿Recomendaría 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 usted. Por favor escuche todas las opciones de respuesta antes de seleccionar su respuesta.

1. En general, ¿cómo calificaría 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 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 usted solo(a)?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? ¿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 usted hispano(a) o latino(a)?
2. SÍ
3. NO

M MISSING/DK

1. ¿A qué raza pertenece? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es usted 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 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 usted 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).