Proxy Telephone Interview Script
for the Home Health Care CAHPS Survey

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 FIRST & LAST NAME} y llamo de parte de {AGENCY NAME}]. [AGENCY NAME] quiere saber sobre las experiencias recientes de [SAMPLE MEMBER NAME] con el cuidado de la salud en el hogar.

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

1. Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] 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. ¿[ SAMPLE MEMBER NAME] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] estaba tomando? Por ejemplo, es posible que le hayan pedido a [ÉL/ELLA] 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. ¿[ SAMPLE MEMBER NAME] no toma ningún medicamento?)  [GO TO Q5]

M MISSING/DK

1. En los últimos 2 meses en que [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿conversó el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia con [ÉL/ELLA] sobre cualquier **efecto secundario** de sus medicamentos? ¿Diría que…?
2. Sí,
3. No,
4. No sabe, o
5. ¿[SAMPLE MEMBER NAME] no toma ningún medicamento?

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 el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia lo/la mantuvo informado a [ÉL/ELLA] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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** [EL/ELLA] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [ÉL/ELLA] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [ÉL/ELLA]? ¿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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [ÉL/ELLA] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [ÉL/ELLA] como persona**? ¿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 [SAMPLE MEMBER NAME] recibió cuidado de la salud en el hogar, ¿el personal del cuidado de la salud en el hogar de esta agencia le **proporcionó a la familia o amigos de [ÉL/ELLA] información o instrucciones** sobre su atención tanto como lo deseaba? ¿Diría que…?
2. Sí,
3. No,
4. No sabe, o
5. ¿[SAMPLE MEMBER NAME] no quería ni necesitaba esto?

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 servicios que [ÉL/ELLA]recibió de esta agencia le han **ayudado a cuidar de su salud**?¿Diría que…?
2. Nunca,
3. A veces,
4. La mayoría de las veces, o
5. Siempre?

M MISSING/DK

Q14\_INTRO Queremos saber cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] la calidad de la atención que le proporcionó el personal de 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 [ÉL/ELLA] **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 [SAMPLE MEMBER NAME] con la **oficina** de esta agencia para pedir orientación o ayuda?

1. SÍ
2. NO  [GO TO Q17]

M MISSING/DK  [GO TO Q17]

Q16 Cuando [SAMPLE MEMBER NAME] se comunicó con la oficina de esta agencia, ¿recibió [SAMPLE MEMBER NAME] la orientación o ayuda que necesitaba?

1. SÍ
2. NO

M MISSING/DK

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

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

M MISSING/DK

Q18\_INTRO 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.

Q18 En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] toda su salud? ¿Diría [ÉL/ELLA] que es…?

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

M MISSING/DK

Q19 En general, ¿cómo calificaría [SAMPLE MEMBER NAME] su salud mental o emocional? ¿Diría [ÉL/ELLA] que es…?

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

M MISSING/DK

Q20 ¿Vive [SAMPLE MEMBER NAME] solo(a)?

1. SÍ
2. NO

M MISSING/DK

Q21 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que [SAMPLE MEMBER NAME] 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 [SAMPLE MEMBER NAME]? Puede elegir una o más de las siguientes categorías. ¿Es [ÉL/ELLA] 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 [SAMPLE MEMBER NAME] en el hogar? ¿Diría que…?

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

M MISSING/DK [GO TO Q\_END]

Q23A ¿Principalmente qué otro idioma habla [SAMPLE MEMBER NAME] 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)