
CAHPS[®] Clinician & Group Survey

Version: 3.0

Population: Child

Language: Spanish

Notes

- **References to “profesional médico” rather than “doctor”:** This survey uses “profesional médico” to refer to the individual specifically named in Question 1. A “**profesional médico**” could be a doctor, nurse practitioner, physician assistant, or other individual who provides clinical care. Survey users may change “profesional médico” to “doctor” throughout the questionnaire. For guidance, please see **Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Clinician & Group Surveys**.
- **Supplemental items:** Survey users may add questions to this survey. Documents with supplemental items developed by the CAHPS Consortium and descriptions of major item sets are available on the Agency for Healthcare Research and Quality’s Web site: www.cahps.ahrq.gov.

For assistance with this survey, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or cahps1@westat.com.

Documents Available for the CAHPS Clinician & Group Survey

This document is part of a comprehensive set of instructional materials that address implementing the Clinician & Group Survey, analyzing the data, and reporting the results. All documents are available on the Agency for Healthcare Research and Quality's Web site: www.cahps.ahrq.gov. For assistance in accessing these documents, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or cahps1@westat.com.

For descriptions of these documents, refer to: *What's Available for the Clinician & Group Survey*.

Questionnaires

- *CAHPS Clinician & Group Survey: Overview of the Questionnaires*
- *Clinician & Group Survey 3.0* (Adult and Child, English and Spanish)
- *Clinician & Group Survey 2.0* (Adult and Child, English and Spanish)
 - *12-Month Survey 2.0*
 - *Patient-Centered Medical Home Survey 2.0*
 - *Visit Survey 2.0*

Supplemental Items

- *Supplemental Items for the Adult Survey*
- *Supplemental Items for Child Survey*
- *About the Health Literacy Item Set for Clinicians & Groups*
- *About the Cultural Competence Item Set*
- *About the Health Information Technology Item Set*
- *About the Patient-Centered Medical Home (PCMH) Item Set*

Survey Administration Guidelines

- *Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Clinician & Group Survey*
- *Fielding the CAHPS Clinician & Group Survey*
- *Sample Notification Letters for the CAHPS Clinician & Group Survey*
- *Sample Telephone Script for the CAHPS Clinician & Group Survey*
- *Translating CAHPS Surveys*

Data Analysis Program and Guidelines

- *CAHPS Analysis Program (SAS)*
- *Preparing and Analyzing Data from the CAHPS Clinician & Group Survey*
- *Instructions for Analyzing Data from CAHPS Surveys*

Reporting Measures and Guidelines

- *Patient Experience Measures for the CAHPS Clinician & Group Survey*

Instructions for Front Cover

- Replace the cover of this document with your own front cover. Include a user-friendly title and your own logo.
- Include this text regarding the confidentiality of survey responses:

Su privacidad está protegida. Toda información que permitiría que alguien lo/la identifique a usted o a su familia se mantendrá privada. {VENDOR NAME} no compartirá su información personal con nadie sin su permiso. Sus respuestas a esta encuesta también son completamente **confidenciales**. Es posible que se haya fijado en un número que se encuentra en la portada de este cuestionario. Este número **solo** sirve para saber que ya envió su cuestionario y que no hay que enviarle recordatorios.

Su participación es voluntaria. Usted puede elegir si quiere contestar este cuestionario o no. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica que recibe.

Qué hacer una vez que haya terminado. Una vez que complete el cuestionario, por favor póngalo en el sobre adjunto, selle el sobre, y devuélvalo a [INSERT VENDOR ADDRESS].

Si quiere recibir más información acerca de este estudio, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

Instructions for Format of Questionnaire

Proper formatting of a questionnaire improves response rates, the ease of completion, and the accuracy of responses. The CAHPS team's recommendations include the following:

- If feasible, insert blank pages as needed so that the survey instructions (see next page) and the first page of questions start on the right-hand side of the questionnaire booklet.
- Maximize readability by using two columns, serif fonts for the questions, and ample white space.
- Number the pages of your document, but remove the headers and footers inserted to help sponsors and vendors distinguish among questionnaire versions.

Additional guidance is available in **Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Clinician & Group Survey**.

Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

- ☒ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 1 en la página 1**
☐ No

Por favor conteste las preguntas para el niño cuyo nombre está anotado en el sobre. No las conteste para ningún otro niño.

El profesional médico de su niño

1. Según nuestros registros, su niño recibió atención médica en los últimos 6 meses del profesional médico cuyo nombre aparece a continuación.

Name of provider label
goes here

¿Es correcta esta información?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 28 en la página 5

Las preguntas de este cuestionario se van a referir al profesional médico cuyo nombre aparece en la pregunta 1 como “este profesional médico.” Por favor piense en ese profesional médico al contestar las preguntas de la encuesta.

2. ¿Es este el profesional médico al que su niño va generalmente si necesita un chequeo, si tiene un problema de salud o si se enferma o lastima?

¹ ☐ Sí

² ☐ No

3. ¿Cuánto tiempo hace que su niño ha estado yendo a este profesional médico?

¹ ☐ Menos de 6 meses

² ☐ Al menos 6 meses pero menos de 1 año

³ ☐ Al menos 1 año pero menos de 3 años

⁴ ☐ Al menos 3 años pero menos de 5 años

⁵ ☐ 5 años o más

La atención que recibió su niño de este profesional médico en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de la atención médica que ha recibido **su niño**. No incluya la atención que recibió su niño cuando pasó la noche hospitalizado. No incluya las consultas de su niño con el dentista.

4. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue su niño a ver a este profesional médico para recibir atención médica?

☐ Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 28 en la página 5

☐ 1 vez

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 a 9

☐ 10 veces o más

5. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez se quedó usted con su niño en el cuarto de consulta durante una visita a este profesional médico?

¹ ☐ Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 7

² ☐ No

6. ¿Le dio a usted este profesional médico suficiente información sobre lo que se mencionó durante la visita cuando usted no estuvo presente?

¹ ☐ Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 10

² ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 10

7. ¿Su niño puede hablar con los profesionales médicos sobre su atención médica?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 10**

8. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le explicó las cosas **a su niño** de una manera fácil de entender?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico escuchó con atención **a su niño**?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

10. ¿Le dijo este profesional médico que usted necesitaba hacer algo para darle seguimiento a la atención que su niño recibió durante la visita?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 12**

11. ¿Le dio a usted este profesional médico suficiente información sobre lo que usted necesitaba hacer para darle seguimiento a la atención de su niño?

¹ ☐ Sí
² ☐ No

12. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita para su niño debido a una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual su niño **necesitaba atención inmediata**?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 14**

13. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita para su niño para recibir **atención inmediata**, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como su niño la necesitaba?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

14. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** para su niño con este profesional médico?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 16**

15. En los últimos 6 meses, cuando hizo una cita para un **chequeo o una consulta regular** para su niño con este profesional médico, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como su niño la necesitaba?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

16. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para hacer una pregunta médica sobre su niño durante las horas normales de oficina?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 18**

17. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico durante las horas normales de oficina ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica ese mismo día?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

18. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le explicó cosas sobre la salud de su niño de una manera fácil de entender?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

19. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le escuchó con atención?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

20. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico parecía saber la información importante sobre los antecedentes médicos de su niño?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

21. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico pasó suficiente tiempo con su niño?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

23. En los últimos 6 meses, ¿le mandó este profesional médico que le hicieran una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba a su niño?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 25**

24. En los últimos 6 meses, cuando este profesional médico le mandó que le hicieran una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba a su niño, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de este profesional médico se comunicó con usted para darle los resultados?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

25. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor profesional médico posible y el 10 el mejor profesional médico posible, ¿qué número usaría para calificar a este profesional médico?

☐ 0 El peor profesional médico posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 El mejor profesional médico posible

Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico

26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

27. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le trataron con cortesía y respeto?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

Sobre usted y su niño

28. En general, ¿cómo calificaría toda la salud de su niño?

- ☐¹ Excelente
☐² Muy buena
☐³ Buena
☐⁴ Regular
☐⁵ Mala

29. En general, ¿cómo calificaría usted toda la salud **mental o emocional** de su niño?

- ☐¹ Excelente
☐² Muy buena
☐³ Buena
☐⁴ Regular
☐⁵ Mala

30. ¿Qué edad tiene **su niño**?

- ☐¹ Menos de 1 año
 _____ AÑOS (*escriba el número de años*)

31. ¿Es su niño de sexo masculino o femenino?

- ☐¹ Masculino
☐² Femenino

32. ¿Es su niño de origen o ascendencia hispana o latina?

- ☐¹ Sí, hispano o latino
☐² No, ni hispano ni latino

33. ¿A qué raza pertenece su niño? Marque una o más.

- ☐¹ Blanca
☐² Negra o afroamericana
☐³ Asiática
☐⁴ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
☐⁵ Indígena americana o nativa de Alaska
☐⁶ Otra

34. ¿Qué edad tiene **usted**?

- ☐⁰ Menos de 18
☐¹ 18 a 24
☐² 25 a 34
☐³ 35 a 44
☐⁴ 45 a 54
☐⁵ 55 a 64
☐⁶ 65 a 74
☐⁷ 75 o más

35. ¿Es usted hombre o mujer?

- ☐¹ Hombre
☐² Mujer

36. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?

- ☐¹ 8 años de escuela o menos
☐² 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
☐³ Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
☐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

37. ¿Qué relación tiene con el niño?

- ¹ ☐ Madre o padre
- ² ☐ Abuelo o abuela
- ³ ☐ Tía o tío
- ⁴ ☐ Hermano o hermana mayor
- ⁵ ☐ Otro familiar
- ⁶ ☐ Tutor legal del niño
- ⁷ ☐ Otra persona

38. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

- ¹ ☐ Sí
- ² ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

39. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ¹ ☐ Me leyó las preguntas
- ² ☐ Anotó las respuestas que le di
- ³ ☐ Contestó las preguntas por mí
- ⁴ ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
- ⁵ ☐ Me ayudó de otra forma

Gracias.

Por favor, cuando haya completado el cuestionario, devuélvalo en el sobre con porte o franqueo pagado.