

---

# CAHPS<sup>®</sup> Health Plan Surveys

---

**Version: Adult Medicaid Survey 5.0**

**Language: Spanish**

## Notes

- **Release of 5.0 version:** The CAHPS Health Plan Surveys were updated in the Spring of 2012. The updates are limited to minor changes to the wording of several items and a change in the placement of one item. These edits reflect the CAHPS Consortium's most recent findings from testing of related survey instruments. For specific information about the updates to this survey, please read ***CAHPS Health Plan Surveys: Overview of the Questionnaires***.
- **Supplemental items:** The Adult Medicaid Survey 5.0 includes core items only. Users may customize this instrument by adding questions. A document 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.ahrq.gov/cahps](http://www.ahrq.gov/cahps). For assistance in accessing these documents, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or [cahps1@westat.com](mailto:cahps1@westat.com).



File name: Adult\_Med\_Sp\_HP50\_2152b.docx  
Last updated: September 01, 2015

## 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 cubierta 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.

---

Find additional guidance in ***Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Health Plan 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

1. Nuestros registros muestran que usted está ahora con {INSERT HEALTH PLAN NAME}. ¿Es correcta esta información?

<sup>1</sup> ☐ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3**

<sup>2</sup> ☐ No

2. ¿Cómo se llama su plan de salud?

*Por favor escriba en letra de molde:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

---

Estas preguntas son acerca de la atención médica que **usted** ha recibido. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. **No** incluya las consultas al dentista.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual **necesitó atención inmediata** en una clínica, en una sala de emergencia o en un consultorio médico?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 5**

4. En los últimos 6 meses, cuando usted **necesitó atención inmediata**, ¿con qué frecuencia lo atendieron tan pronto como lo necesitaba?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** en un consultorio médico o en una clínica?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 7**

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para un **chequeo o una consulta regular** en un consultorio médico o en una clínica tan pronto como la necesitaba?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

7. En los últimos 6 meses, **sin** contar las veces en que fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces fue a un consultorio médico o a una clínica para recibir atención médica para usted mismo?

☐ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 10**

☐ 1 vez

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 a 9

☐ 10 veces o más

8. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor atención médica posible y el 10 la mejor atención médica posible, ¿qué número usaría para calificar a toda la atención médica que ha recibido en los últimos 6 meses?

- ☐ 0 La peor atención médica posible  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 La mejor atención médica posible

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la atención médica, las pruebas o el tratamiento que usted necesitaba?

- <sup>1</sup>☐ Nunca  
<sup>2</sup>☐ A veces  
<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>☐ Siempre

---

### Su doctor personal

---

10. El doctor personal es aquel a quien usted va si necesita un chequeo, quiere pedir consejo sobre un problema de salud o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal?

- <sup>1</sup>☐ Sí  
<sup>2</sup>☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 17**

11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a su doctor personal para recibir atención médica para usted mismo?

- ☐ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 16**

- ☐ 1 vez  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5 a 9  
☐ 10 veces o más

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

- <sup>1</sup>☐ Nunca  
<sup>2</sup>☐ A veces  
<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>☐ Siempre

13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención?

- <sup>1</sup>☐ Nunca  
<sup>2</sup>☐ A veces  
<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>☐ Siempre

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal pasó suficiente tiempo con usted?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

16. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor doctor personal posible y el 10 el mejor doctor personal posible, ¿qué número usaría para calificar a su doctor personal?

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

---

### La atención médica que recibió de especialistas

---

Al contestar las siguientes preguntas **no** incluya las veces que fue a ver al dentista ni la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado.

17. Los especialistas son doctores que se especializan en un área de la medicina. Pueden ser cirujanos, doctores especialistas en el corazón, las alergias, la piel y otras áreas. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita con un especialista?

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 21**

18. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita con un especialista tan pronto como usted la necesitaba?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

19. ¿Cuántos especialistas ha visto en los últimos 6 meses?

☐ Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 21**  
☐ 1 especialista  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5 especialistas o más

20. Queremos saber cómo califica al especialista al que fue con más frecuencia en los últimos 6 meses. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría para calificar al especialista?

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

---

### Su plan de salud

---

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con su plan de salud.

21. En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda de parte del servicio al cliente de su plan de salud?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 24**

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o ayuda que usted necesitaba?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

24. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para llenar?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**

25. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios de su plan de salud?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

26. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de salud?

☐ 0 El peor plan de salud posible  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 El mejor plan de salud posible

---

### Acerca de usted

---

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

<sup>1</sup> ☐ Excelente  
<sup>2</sup> ☐ Muy buena  
<sup>3</sup> ☐ Buena  
<sup>4</sup> ☐ Regular  
<sup>5</sup> ☐ Mala

28. En general, ¿cómo calificaría toda su salud **mental o emocional**?

<sup>1</sup> ☐ Excelente  
<sup>2</sup> ☐ Muy buena  
<sup>3</sup> ☐ Buena  
<sup>4</sup> ☐ Regular  
<sup>5</sup> ☐ Mala

29. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención médica 3 veces o más por la misma enfermedad o problema?

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 31**

30. ¿Se trata de una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses? **No** incluya el embarazo ni la menopausia.

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

31. ¿Necesita o toma ahora alguna medicina recetada por un doctor? **No** incluya anticonceptivos.

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 33**



32. ¿Esta medicina es para tratar una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses? **No** incluya el embarazo ni la menopausia.

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

33. ¿Qué edad tiene?

- <sup>1</sup> ☐ 18 a 24 años  
<sup>2</sup> ☐ 25 a 34  
<sup>3</sup> ☐ 35 a 44  
<sup>4</sup> ☐ 45 a 54  
<sup>5</sup> ☐ 55 a 64  
<sup>6</sup> ☐ 65 a 74  
<sup>7</sup> ☐ 75 años o más

34. ¿Es usted hombre o mujer?

- <sup>1</sup> ☐ Hombre  
<sup>2</sup> ☐ Mujer

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

- <sup>1</sup> ☐ 8 años de escuela o menos  
<sup>2</sup> ☐ 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse  
<sup>3</sup> ☐ Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)  
<sup>4</sup> ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años  
<sup>5</sup> ☐ Título universitario de 4 años  
<sup>6</sup> ☐ Título universitario de más de 4 años

36. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- <sup>1</sup> ☐ Sí, hispano o latino  
<sup>2</sup> ☐ No, ni hispano ni latino

37. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- <sup>1</sup> ☐ Blanca  
<sup>2</sup> ☐ Negra o afroamericana  
<sup>3</sup> ☐ Asiática  
<sup>4</sup> ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  
<sup>5</sup> ☐ Indígena americano o nativo de Alaska  
<sup>6</sup> ☐ Otra

38. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ 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 una o más.

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

**Gracias.**

**Por favor devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**