

# ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA CON MEDICARE

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA MEDICARE

Esta encuesta es sobre usted y sobre la atención médica que recibió en los últimos seis meses. Conteste cada pregunta pensando en usted mismo. Por favor tómese el tiempo de completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado a: Medicare Experience Survey, PO Box 3416, Hopkins, MN 55343.

Conteste todas las preguntas marcando con una “X” en el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija:

Sí

Para cada pregunta, asegúrese de leer todas las respuestas que hay antes de marcar una. A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo: [→ *Si contestó “No”, pase a la pregunta 3*]. Vea los ejemplos a continuación:

### EJEMPLO

1. ¿Usa usted actualmente un audífono?  
 Sí  
 No → *Si contestó “No”, pase a la pregunta 3*
2. ¿Cuánto tiempo lleva usando un audífono?  
 Menos de un año  
 1 a 3 años  
 Más de 3 años  
 No uso un audífono
3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún dolor de cabeza?  
 Sí  
 No

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tal recolección exhiba un número de control válido del OMB. El número de control válido del OMB para esta recolección es **0938-0732** (vence el 31 de julio 2018). El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **15 minutos** por encuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## SU COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Nuestros registros muestran que usted está ahora con Medicare, el programa de seguro médico para personas de 65 años o más y personas con ciertas incapacidades.

Por favor conteste las preguntas de esta encuesta de la manera más completa ya sea si considera que está inscrito en Medicare o no.

1. Algunas personas que tienen Medicare también tienen otro seguro que les ayuda a pagar algunos de los costos de su atención médica. ¿Tiene usted algún otro seguro que paga por lo menos algo del costo de su atención médica?
  - Sí
  - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 3
2. Por favor marque el cuadrado a continuación para cada tipo de seguro médico que tiene.
  - Medigap, el cual se puede identificar en la portada de su póliza como "Seguro suplementario de Medicare"
  - Cobertura de seguro médico de un empleador, sindicato o para jubilados
  - Beneficios para veteranos, también se les conoce como beneficios del "VA"
  - Beneficios para personas que se jubilan de las Fuerzas Armadas, también se le conoce como Tricare
  - Medicaid, también se le conoce como asistencia médica estatal, la cual es para personas de ingresos y recursos limitados
  - Cualquier Plan de Medicinas Recetadas
  - Algún otro (Por favor escriba el nombre del otro seguro médico que tiene actualmente en la línea a continuación)  
\_\_\_\_\_
  - No tengo otro seguro médico aparte de Medicare.

## LA ATENCIÓN MÉDICA QUE USTED RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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?
  - Sí
  - 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?
  - Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
5. En los últimos 6 meses, ¿hizo usted alguna cita para un chequeo o una consulta regular en un consultorio médico o en una clínica?
  - Sí
  - 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 tan pronto como la necesitaba?
  - Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - 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 → *Si contestó "Ninguna", pase a la pregunta 9*

1 vez

2

3

4

5 a 9

10 veces o más

8. El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia esperó 15 minutos o menos de la hora de su cita para que su profesional médico le atendiera?

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

9. 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 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

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

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

## SU DOCTOR PERSONAL

11. El doctor personal es aquél a quien usted va si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal?

Sí

No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 27*

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

Ninguna → *Si contestó "Ninguna", pase a la pregunta 27*

1 vez

2

3

4

5 a 9

10 veces o más

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

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

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

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

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

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

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

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

17. 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

18. En los últimos 6 meses, cuando visitó a su doctor personal durante una cita programada, ¿con qué frecuencia tenía él o ella su historial médico u otra información sobre su atención médica?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

19. En los últimos 6 meses, ¿le mandó su doctor personal a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 22*

20. En los últimos 6 meses, cuando su doctor personal le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de su doctor personal se comunicó con usted para darle los resultados?

- Nunca → *Si contestó "Nunca", pase a la pregunta 22*
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

21. En los últimos 6 meses, cuando su doctor personal le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia recibió los resultados tan pronto como los necesitaba?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

22. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 24*

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su doctor personal sobre todas las medicinas recetadas que estaba tomando?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

24. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención médica de más de un tipo de profesional médico o usó más de un tipo de servicio médico?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 27*

25. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica entre estos diferentes profesionales y servicios médicos?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 27*

26. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted la ayuda que necesitaba de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica que recibió de estos diferentes profesionales y servicios médicos?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

## LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBIÓ DE ESPECIALISTAS

27. 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. ¿Su doctor personal es un especialista?

- Sí → *Si contestó "Sí", por favor incluya a su doctor personal al contestar estas preguntas sobre especialistas*
- No
- No tengo un doctor personal

28. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita con un especialista?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 33*
- Otra persona me hizo las citas con especialistas

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

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

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

- Ninguno → *Si contestó "Ninguno", pase a la pregunta 33*
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 especialistas o más

31. 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 a ese especialista?

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

32. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal parecía estar informado y al tanto de la atención que recibió usted de los especialistas?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No tengo un doctor personal
- No he visitado a mi doctor personal en los últimos 6 meses
- Mi doctor personal es especialista

## MANEJANDO SU ATENCIÓN MÉDICA

33. ¿Qué tan probable es que usted cambie de doctor si no está satisfecho(a) con la manera en que usted y su doctor se comunican?

- Muy probable
- Probable
- Improbable
- Muy improbable

34. ¿Qué tan probable es que usted le diga a su doctor cuando no está de acuerdo con él o ella?

- Muy probable
- Probable
- Improbable
- Muy improbable

35. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia salió del consultorio de su doctor sintiendo que todas sus inquietudes o preguntas habían sido contestadas del todo?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

36. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia se aseguró de que entendía los resultados de cualquier prueba o procedimiento médico, como por ejemplo rayos X, pruebas de sangre o electrocardiogramas (EKG) para problemas del corazón?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No me hicieron ninguna prueba o procedimiento médico en los últimos 6 meses

## SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

Las siguientes preguntas se tratan de su experiencia con Medicare.

37. En los últimos 6 meses, ¿consiguió información o ayuda del servicio al cliente de Medicare?
- Sí
  - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 40
38. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de Medicare le dio la información o ayuda que usted necesitaba?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente de Medicare le trató con cortesía y respeto?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
40. En los últimos 6 meses, ¿le dió Medicare algún formulario para llenar?
- Sí
  - No → Si contestó "No", pase a la pregunta 42
41. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios de Medicare?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre

42. 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 a Medicare?

- 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

43. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
44. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
45. En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?
- Sí
  - No

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir las medicinas que su doctor le recetó?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

47. ¿Tiene seguro que pague parte o todo el costo de sus medicinas recetadas?

- Sí
- No
- No sé

48. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que demorarse o no pudo conseguir una medicina recetada porque creía que no le alcanzaba el dinero?

- Sí
- No
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

49. ¿Tiene actualmente un plan de Medicare Parte D (plan para medicinas recetadas)?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 56*

**Las siguientes preguntas son acerca del Programa de Control de la Terapia de Medicamentos de la Parte D de Medicare. El programa está disponible para las personas que tienen un plan de Medicare Parte D y que tienen varios problemas crónicos, toman varias medicinas y cumplen con otros criterios para ser elegibles.**

50. ¿Está usted inscrito en el Programa de Control de la Terapia de Medicamentos de su plan de Medicare Parte D?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 56*
- No sé → *Si contestó "No sé", pase a la pregunta 56*

51. ¿Un profesional médico, por ejemplo un farmacéuta, lo llamó o se reunió con usted para revisar sus medicinas y contestar sus preguntas sobre sus medicinas?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 55*

52. ¿Esa revisión hizo que usted entendiera más sobre sus medicinas y cómo usarlas?

- Sí, hizo que entendiera más
- No, no cambió cuánto entiendo
- No, hizo que entendiera menos

53. Un resumen impreso de esa revisión incluye una carta, un plan de acción para medicinas y una lista personal de medicinas. ¿Recibió un resumen impreso de la revisión?

- Sí
- No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 55*
- No sé → *Si contestó "No sé", pase a la pregunta 55*

54. ¿Qué tan satisfecho estuvo con la información del resumen impreso de la revisión?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

55. En general, ¿qué tan satisfecho está con el Programa de Control de la Terapia de Medicamentos que le proporciona su plan de Medicare Parte D?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

56. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No
a. Un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Angina o enfermedad de las arterias del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Presión arterial alta o la hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cáncer, <u>aparte de</u> <u>cáncer de la piel</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2017?

- Sí
- No
- No sé

58. ¿Alguna vez le han puesto una o más vacunas contra la neumonía? Por lo general se dan dos vacunas durante la vida de una persona y son diferentes a la vacuna contra la gripe o influenza (*flu*). También se llama la vacuna neumocócica.

- Sí
- No
- No sé

59. ¿Actualmente fuma o usa tabaco todos los días, algunos días o para nada?

- Todos los días
- Algunos días
- Para nada → Si contestó "Para nada", pase a la pregunta 61
- No sé → Si contestó "No sé", pase a la pregunta 61

60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un doctor u otro profesional médico le aconsejó que dejara de fumar o de usar tabaco?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No tuve ninguna consulta en los últimos 6 meses

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

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

62. ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?

- Sí, hispano o latino
- No, ni hispano ni latino

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

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Indígena americano o nativo de Alaska

64. ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?

- 1 persona
- 2 a 3 personas
- 4 personas o más

65. A causa de un problema de salud o un problema físico, ¿no puede hacer o tiene alguna dificultad al hacer las siguientes actividades? (*Por favor marque una respuesta para cada actividad.*)

	No puedo hacer esta actividad	Sí, tengo dificultad	No, no tengo dificultad
a. Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentarse o levantarse de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer los recados sólo, como ir al doctor o ir de compras?

- Sí
- No

67. ¿A veces usa usted el internet en su hogar?

- Sí
- No

68. El Programa de Medicare está tratando de aprender más sobre la atención médica o los servicios que se le dan a la gente que tiene Medicare. ¿Podemos ponernos en contacto con usted de nuevo para preguntarle sobre los servicios médicos que recibió?

- Sí
- No

69. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No → *Muchas gracias. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.*

70. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Por favor marque todas las respuestas que correspondan.

- Me leyó las preguntas
- Anotó las respuestas que le di
- Contestó las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de otra forma

## GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA.

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

Medicare Experience Survey  
PO Box 3416  
Hopkins, MN 55343

Por favor no incluya otro tipo de correspondencia.

