
Encuesta sobre las experiencias de adultos afiliados a planes de salud autorizados (QHP en inglés)

Language: Spanish

Reference Period: 6 months

Each item has been labeled to indicate the domain, construct source, and CAHPS or other survey indicator for this review process; the lists below provide the abbreviations used. For example, the label **AC/L/HP5-AM-3** means the survey item came from the Access to Care domain, the construct came from the literature review, and the question wording is the original version of the CAHPS Health Plan 5.0 Adult Medicaid Question #3. The headings in this survey are from the CAHPS Health Plan 5.0 survey and are meant for respondent navigation, not domain headings.

Qualified Health Plan Domain Name

AC=Access to Care

SD=Shared Decision Making

HP=Health Promotion

DC=Doctor Communication

CaC=Care Coordination

AI=Access to Information

PA=Plan Administration

CuC=Cultural Competence

SP=Specialized Services

CO=Cost

PR=Prevention

GR=Global Ratings

UT=Utilization

CM=Case Mix Adjusters

RC=Respondent Characteristics

All the questions have a domain label.

Construct Source

L=Lit Review

F=Focus Groups

S=Stakeholder Interviews

T=Technical Expert Panel

C=Centers for Medicare & Medicaid Services

N=NCQA

OMB60 = OMB 60 Day Comment Period

OMB30 = OMB 30 Day Comment Period

Questions that don't have a construct source came directly from the original CAHPS Health Plan 5.0 survey, the starting place (core content) for the QHP survey.

Survey Indicator

HP5-AM-Q# = [CAHPS Health Plan 5.0, Adult Medicaid](#), Question #

HP5H-AM-Q# = CAHPS Health Plan 5.0 HEDIS, Adult Medicaid, Question #

HEDIS Questionnaires are not publicly available.

HP5H-AC-Q# = CAHPS Health Plan 5.0 HEDIS, Adult Commercial, Question #

HEDIS Questionnaires are not publicly available.

HP4-AS-Q# = [CAHPS Health Plan 4.0, Adult Supplemental](#), Question #

HP5-AS-Q# = CAHPS Health Plan 5.0, Adult Supplemental, Question #

These are new CAHPS questions that are not in public documentation yet.

CG2-AS-Q# = [CAHPS Clinician & Group 2.0, Adult Supplemental](#), Question #

CG2-AS-mQ# = [CAHPS Clinician & Group 2.0, Adult Supplemental](#), Modified Question #

CG2-PCMH-mQ# = [CAHPS Clinician & Group 2.0, Patient-Centered Medical Items](#), Modified Question #

OMH-4302-Q# = [HHS Office of Minority Health ACA Section 4302 Data Collection Standards](#), Question #

ACS-P-Q# = [American Community Survey \(ACS\)](#) – Person Section - Question #

NHBS-Q# = [2010 National HIV Behavioral Surveillance System](#) – Question #

M-ACO-Q# = [2014 Medicare Provider Satisfaction Survey – Items for ACOs Participating in Medicare Initiatives](#) – Question #

H-mQ = [Hospital CAHPS](#) , Modified Question #

Questions that don't have a survey indicator are new questions written for the QHP Survey.

OVERVIEW ADULT QHP ENROLLEE SURVEY

DOMAINS

I. ACCESS TO CARE (*HEALTH PLAN 5.0)

- Got care for illness/injury as soon as needed*
- Got non-urgent appointment as soon as needed*
- Easy to get care after regular office hours
- Have a personal doctor*
- How often it was easy to get necessary care, tests, or treatment*
- Got appointment with specialists as soon as needed*

II. SHARED DECISION MAKING (CLINICIAN AND GROUP-PCMH)

- Provider and patient talked about reasons to take medicine
- Provider and patient talked about reasons not to take medicine
- Provider consulted patient when making decision regarding starting or stopping medicine

III. HEALTH PROMOTION (CLINICIAN AND GROUP-PCMH)

- Provider asked about depression
- Provider asked about sources of worry or stress
- Provider asked about other behavioral health issues

IV. CULTURAL COMPETENCE (NEW HP 5.0 SUPP/ C&G SUPPLEMENTAL/NEW QUESTIONS)

- Need interpreter at doctor's office
- How often got an interpreter
- Forms available in preferred language
- Forms available in preferred format, such as large print or braille

V. SPECIALIZED SERVICES (NEW HEALTH PLAN 5.0 SUPPLEMENTAL QUESTIONS)

- Easy to get specialized therapy services you needed
- Easy to get home health care services you needed

VI. HOW WELL DOCTORS COMMUNICATE (*HEALTH PLAN 5.0)

- Doctor explained things in a way that was easy to understand*
- Doctor listened carefully to enrollee*
- Doctor showed respect for what enrollee had to say*
- Doctor spent enough time with enrollee*

VII. CARE COORDINATION (NEW HEALTH PLAN 5.0 SUPPLEMENTAL QUESTIONS)

- Got care from provider besides personal doctor
- Doctor seemed informed and up-to-date about care from other health providers
- Doctor have your medical records
- Doctor order blood test, x-ray
- Doctor follow up about blood test, x-ray results

- Got blood test, x-ray results as soon as you needed them
- Doctor talk about prescription drugs you are taking
- Got care from more than one kind of provider
- Doctor's office manage your care among different providers
- Got help you needed from doctor's office manage your care among different providers

VIII. ACCESS TO INFORMATION (HEALTH PLAN 4.0 SUPPLEMENTAL/HEDIS)

- Written materials or Internet provided information needed about how plan works
- Found out from health plan about cost for health care service or equipment
- Found out from health plan about cost for specific prescriptions

IX. PLAN ADMINISTRATION (*HEALTH PLAN 5.0)

- Customer service gave necessary information/help*
- Customer service staff courteous and respectful*
- Wait-time to talk to customer service took longer than expected
- Forms easy to fill out*
- Health plan explain purpose of forms

X. COST (NEW QUESTIONS)

- Clear how much you would pay before getting health care
- Health plan did not pay for service doctors said you needed
- Pay out of pocket for care you thought health plan should pay for
- Delay or not visit a doctor because you were worried about cost
- Delay or not fill prescription because you were worried about cost

XI. PREVENTION (HEDIS)

- Flu shot in past year
- Frequency of tobacco use
- Advised to quit smoking or tobacco use
- Medication recommended to quick smoking
- Other strategies to quit smoking
- Frequency of aspirin use
- Health problem that makes aspirin unsafe
- Risks and benefits of aspirin use
- Health conditions

GLOBAL RATINGS

- Rating of all health care
- Rating of personal doctor
- Rating of specialist
- Rating of health plan
- Recommend health plan to friends and family

UTILIZATION

- Times visited doctor's office or clinic

- Times visited personal doctor for care
- Number of specialists seen

CASE MIX ADJUSTERS

- Rating of overall health
- Age
- Sex

RESPONDENT CHARACTERISTICS

- Rating of overall mental or emotional health
- Got health care 3 or more times for same condition
- Got health care 3 or more times for condition lasted for at least 3 months
- Take medicine prescribed by a doctor
- Take medicine for condition lasted for at least 3 months
- Are you deaf
- Are you blind
- Difficulty concentrating, remembering, or making decisions because of a physical, mental, or emotional condition
- Difficulty walking or climbing stairs
- Difficulty dressing or bathing because of a physical, mental, or emotional condition
- Education status
- Employment status
- Ethnicity
- Race
- Eligibility to get health services from Indian Health Service
- Received care at an Indian Health Service facility
- Preferred Language
- Rating of English language skills
- Covered by health insurance at any time in 2013
- Knowledge of health insurance terms
- Knowledge of how health plan works
- Someone help you complete this survey
- How did someone help you complete this survey

Domain Overview Note: The Domain Overview is meant to provide a quick overview of what is measured in this survey. It is NOT meant to list hypothesized composite items. There are a mix of screener, assessment/composite, and single items listed under each domain. It also does NOT list out every item but rather is meant to cover unique constructs. For example, if there is a screener item and an assessment item that measure the same construct, then the assessment item is listed.

Introducción

Le pedimos que llene la encuesta sobre sus experiencias con el plan de salud que obtuvo a través del Mercado de Seguros Médicos, también conocido como *Obamacare*, *Healthcare.gov*, o *Cuidadodesalud.gov*.

Su privacidad está protegida. Lo que nos cuente es privado y se va a usar sólo para este estudio. Sus respuestas se juntarán con las respuestas de las demás personas. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con ningún otra persona, solo si es algo legalmente requerido.

Su participación es voluntaria. Su participación es voluntaria. No tiene que contestare cualquier pregunta que no desea contestar. Si decide no hacerlo, no afectará los beneficios que recibe.

Que hacer cuando termine. Cuando termine la encuesta, use el sobre incluido y regréselo a [INSERT VENDOR ADDRESS].

Que hacer si tiene preguntas. CMS ha contratado a los Institutos Americanos para la Investigación (AIR por su sigla en inglés) y la compañía Ipsos para realizar el estudio. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la línea de ayuda de servicio al cliente de la encuesta sobre las experiencias de adultos afiliados a planes de salud autorizados (QHP en inglés) al [1-XXX-XXX-XXXX] de 9 a.m. y 8 p.m. hora central, de lunes a viernes. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este proyecto, llame al consejo de protección de participantes en investigaciones de AIR, el cual aprobó este estudio, al [1-XXX-XXX-XXXX]. Las llamadas a estos números de teléfono son gratis.

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, en inglés) de 1995, no se exige que una persona responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB por su sigla en inglés). El número válido de OMB para esta recopilación de información es **0938-1221**. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula en promedio de **25 minutos** por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios, y llenar y revisar los datos. Si tiene comentarios acerca de la exactitud de estos cálculos, o alguna sugerencia sobre cómo mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrado 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
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 1

1. Nuestros archivos muestran que usted solicitó cobertura de seguro de salud a través de {INSERT HEALTHPLAN NAME}. ¿Es correcta esta información? **(HP5-AM-1)**

¹ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3**

² No

2. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud? **(HP5-AM-2)**

Escriba en letra de molde: _____

La atención médica que recibió en los últimos 6 meses

Las siguientes preguntas se refieren a la atención médica que usted recibió. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche internado en un hospital. **No** incluya las veces que fue al dentista para recibir atención.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual **necesito atención inmediata** en una clínica, en una sala de emergencia o en un consultorio médico? **(AC/HP5-AM-3)**

¹ Sí

² 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? **(AC/HP5-AM-4)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta de rutina** en un consultorio médico o en una clínica? **(AC/HP5-AM-5)**

¹ Sí

² 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 de rutina** en un consultorio médico o en una clínica tan pronto como lo necesitaba? **(AC/HP5-AM-6)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

7. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que ir a un consultorio médico o clínica para recibir atención **después** de las horas normales de oficina? (AC/OMB60/HP5-AS-AH1)
- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 9**
8. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo conseguir la atención medica que necesitaba de un consultorio médico o clínica **después** de las horas normales de oficina? (AC/OMB60/HP5-AS-AH2)
- ¹ Nunca
- ² A veces
- ³ La mayoría de las veces
- ⁴ Siempre
9. 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? (UT/HP5-AM-7)
- ¹ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 21**
- ² 1 vez
- ³ 2
- ⁴ 3
- ⁵ 4
- ⁶ 5 a 9 veces
- ⁷ 10 o más veces
10. 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? (GR/HP5-AM-8)
- 0 La peor atención médica posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor atención médica posible

11. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la atención, las pruebas o el tratamiento que necesitaba? (AC/HP5-AM-9)

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

12. Un profesional médico puede ser un doctor general, un especialista, una enfermera especializada, asistente médico, enfermera, o alguna otra persona que usted consulta para atención médica.

En los últimos 6 meses, ¿algún profesional médico le pregunto si usted tuvo un período de tiempo cuando se sentía triste, vacío o deprimido? (HP/ CG2-PCMH-m16)

- ¹ Sí
² No

13. En los últimos 6 meses, ¿hablo usted con su profesional médico acerca de las cosas en su vida que le preocupan o le causan estrés? (HP/OMB60/ CG2-PCMH-m17)

- ¹ Sí
² No

14. En los últimos 6 meses, ¿habló usted con su profesional médico acerca de algún problema personal, problema familiar, consumo de alcohol, uso de drogas o una enfermedad mental? (HP/CG2-PCMH-m18)

- ¹ Sí
² No

15. En los últimos 6 meses, ¿hablo con un profesional médico sobre comenzar o parar de usar algún medicamento recetado? (SD/OMB60/CG2-PCMH-m6)

- ¹ Sí
² No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 19

16. ¿Hablo usted con un profesional médico sobre las razones por las cuales quisiera tomar algún medicamento? (SD/OMB60/CG2-PCMH-m7)

- ¹ Sí
² No

17. ¿Hablo usted con un profesional médico sobre las razones por las cuales **no** quisiera que tomar algún medicamento? (SD/OMB60/CG2-PCMH-m8)

- ¹ Sí
² No

18. Cuándo hablo usted con un profesional médico sobre comenzar o parar algún medicamento recetado, ¿le pregunto el profesional médico lo que usted pensaba era mejor para usted mismo?

(SD/OMB60/CG2-PCMH-m9)

¹ Sí

² No

19. Un intérprete es una persona que le ayuda a hablar con otros que no hablan su idioma. En los últimos 6 meses, ¿necesitó un intérprete para ayudarle a hablar con alguien en el consultorio de su doctor o en una clínica? **(CuC/S,T/HP5-AS-New_Q#)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 21**

20. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitaba un intérprete en el consultorio de su doctor o clínica, con qué frecuencia lo consiguió? **(CuC/S,T/ HP5-AS-New_Q#)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

21. La terapia especial incluye fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. En los últimos 6 meses, ¿necesitó terapia especial? **(SP/C/HP5-AS-CC11)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 23**

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la terapia especial que necesitaba? **(SP/C/HP5-AS-CC12)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

23. Cuidado de salud o asistencia en el hogar, incluye enfermería en casa, ayuda para bañarse o vestirse, y ayudar con las tareas básicas del hogar. En los últimos 6 meses, ¿ha necesitado que alguien venga a su casa para darle cuidado de salud o asistencia en el hogar? **(SP/C/HP5-AS-CC13)**

¹ Sí

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

24. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil obtener cuidado de salud o asistencia en el hogar? **(SP/C/HP5-AS-CC14)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

Su doctor personal

25. El doctor personal es la persona que usted ve si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal? (AC/HP5-AM-10)

¹ Sí

² No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 43

26. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a su doctor personal para recibir atención médica para usted mismo? (UT/HP5-AM-11)

¹ Ninguna vez → Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 43

² 1 vez

³ 2

⁴ 3

⁵ 4

⁶ 5 a 9 veces

⁷ 10 o más veces

27. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le explicó las cosas de una manera fácil de entender? (DC/HP5-AM-12)

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

28. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención? (DC/HP5-AM-13)

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le demostró respeto por lo que usted tenía que decir? (DC/HP5-AM-14)

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

- 30.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal pasó suficiente tiempo con usted?
(DC/HP5-AM-15)
- ¹ Nunca
 - ² A veces
 - ³ La mayoría de las veces
 - ⁴ Siempre
- 31.** En los últimos 6 meses, cuando visitó a su doctor personal durante una cita programada, ¿con qué frecuencia el doctor tenía su historial médico u otra información sobre su cuidado? (CaC/S,F,T/HP5-AS-New_Q#)
- ¹ Nunca
 - ² A veces
 - ³ La mayoría de las veces
 - ⁴ Siempre
- 32.** En los últimos 6 meses, ¿su doctor personal le mandó a hacerse una prueba de sangre, Rayos-x o alguna otra prueba? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)
- ¹ Sí
 - ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 35**
- 33.** 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? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)
- ¹ Nunca
 - ² A veces
 - ³ La mayoría de las veces
 - ⁴ Siempre
- 34.** 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? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)
- ¹ Nunca
 - ² A veces
 - ³ La mayoría de las veces
 - ⁴ Siempre
- 35.** 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, ¿visitó a algún especialista? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)
- ¹ Sí
 - ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 37**

36. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia parecía su doctor personal estar informado y al día acerca de la atención que usted había recibido de los especialistas? (CaC/S,F,T/HP5-AS-New_Q#)

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

37. 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? (GR/HP5-AM-16)

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

38. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)

- ¹ Sí
² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 40**

39. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su doctor personal sobre todas las medicinas recetadas que estaba tomando? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)

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

40. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención médica de más de un tipo de profesional de salud o usó más de un tipo de servicio médico? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)

- ¹ Sí
² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 43**

41. 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? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)

- ¹ Sí
² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 43**

42. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **recibió usted la ayuda que necesitaba** de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar el cuidado entre estos diferentes profesionales y servicios médicos? (CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)

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

La atención médica prestada por especialistas

Al contestar las siguientes preguntas, **no** incluya las veces que fue al dentista para recibir atención o la atención que recibió cuando paso la noche internado en un hospital.

43. 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? (AC/HP5-AM-17)

- ¹ Sí
² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 47**

44. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita con un especialista tan pronto como lo necesitaba? (AC/HP5-AM-18)

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

45. ¿Cuántos especialistas ha visto en los últimos 6 meses? (UT/HP5-AM-19)

- ¹ Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 47**
² 1 especialista
³ 2
⁴ 3
⁵ 4
⁶ 5 o más especialistas

46. 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? **(GR/HP5-AM-20)**

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

Su plan de salud

47. En los últimos 6 meses, ¿buscó información en materiales escritos o por Internet sobre el plan de salud que usted tiene? **(AI/L,F/HP4-AS-mH7)**

- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 49**

48. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los materiales escritos o por Internet tenían la información que usted necesitaba sobre cómo funciona su plan de salud? **(AI/L,F/HP4-AS-H8)**

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

49. A veces las personas necesitan servicios o equipo que van más allá de lo que se ofrece en una consulta de rutina, como atención por parte de un especialista, terapia física, audífonos u oxígeno. En los últimos 6 meses, ¿buscó en su plan de salud información sobre cuánto tendría que pagar por un servicio o equipo médico? **(AI/L,F/HP4-AS-H9)**

- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 51**

50. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar de su plan de salud cuánto tendría que pagar por un servicio o equipo médico antes de recibirlo? **(AI/L,F/HP4-AS-mH10)**

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

51. En algunos planes de salud la cantidad de dinero que se paga por una medicina recetada puede ser diferente según la medicina, o puede ser diferente si la medicina se pide por correo en vez de conseguirla en la farmacia. En los últimos 6 meses, ¿buscó en su plan de salud información sobre cuánto tendría que pagar por medicinas recetadas específicas antes de recibirlas? **(AI/L,F/HP4-AS-mH11)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 53**

52. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar de parte de su plan de salud cuánto tendría que pagar por medicinas recetadas específicas? **(AI/L,F/HP4-AS-H12)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

53. En los últimos 6 meses, ¿obtuvo información o ayuda de parte del servicio al cliente de su plan de salud? **(PA/HP5-AM-21)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 57**

54. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba? **(PA/HP5-AM-22)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

55. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente de su plan de salud lo trató con cortesía y respeto? **(PA/HP5-AM-23)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

56. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que esperó para hablar con el personal de servicio al cliente del plan de salud, tardo más de lo que usted esperaba? **(PA/C)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

57. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le dio algún formulario para que lo llenara? **(PA/HP5-AM-24)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 63**

58. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios de su plan de salud? **(PA/HP5-AM-25)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

59. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que lo llenara? **(PA/OMB30/HP5-AS-New_Q#)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los formularios que tuvo que llenar estaban en el idioma que usted prefiere? **(CuC/S,T/CG2-AS-mHL32)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

61. En los últimos 6 meses, ¿necesitó formularios en un formato diferente, como por ejemplo en letra grande o en braille? **(CuC/OMB30/HP5-AM-m24)**

¹ Sí

² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 63**

62. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron los formularios que había que llenar disponible en el formato que necesitaba, como por ejemplo en letra grande o en braille? **(CuC/OMB30/CG2-AS-mHL32)**

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

63. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de salud posible y 10 es el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría para calificar a su plan de salud en los últimos 6 meses? **(GR/HP5-AM-26)**

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

64. ¿Le recomendaría este plan de salud a sus familiares o amigos? **(GR/OMB30/Hm22)**

- ¹ Sí, definitivamente
- ² Sí, algo
- ³ No

65. En los últimos 6 meses, antes de que usted fuera a que lo atendieran, ¿con qué frecuencia su plan de salud le dejó en claro cuánto tendría que pagar? **(,CO/L,S/HP4-AS-CP3)**

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

66. En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia su plan de salud no pago por un servicio que su doctor dijo que usted necesitaba? **(CO/L,S)**

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

67. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo que pagar de su bolsillo por atención medica que usted pensaba que su plan de salud pagaría? **(CO/F,T)**

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

68. En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia se demoró en ir al doctor o no fue porque se preocupó por el costo de la consulta? *No incluya el cuidado dental.* (CO/F,T)

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

69. En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia se demoró en comprar una medicina recetada o no la compró porque no podía pagarla? (CO/F,T)

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

Acerca de usted

70. En general, ¿cómo calificaría toda su salud? (CM/HP5-AM-27)

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

71. En general, ¿cómo calificaría toda su salud **mental o emocional**? (RC/HP5-AM-28)

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

72. ¿Se ha vacunado contra la gripe (*flu*) por inyección o aerosol nasal desde el 1º de julio de {YYYY FILL THE MEASUREMENT YEAR (2013 FOR THE SURVEY FIELDDED IN 2014)}? (PR/NCQA/ HP5H-AC-45)

- ¹ Sí
- ² No
- ³ No sé

73. ¿Actualmente fuma usted todos los días, algunos días o no fuma en absoluto? **(PR/NCQA/ HP5H-AM-38)**

- ¹ Todos los días
² Algunos días
³ No fumo en absoluto → **Si contestó “No fumo en absoluto”, pase a la pregunta 77**
⁴ No sé → **Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 77**

74. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le aconsejó un doctor u otro profesional de salud de su plan de salud que dejara de fumar? **(PR/NCQA/HP5H-AM-39)**

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

75. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le recomendó o habló un doctor o profesional de salud con usted sobre el uso de medicinas para ayudarle a dejar de fumar o usar tabaco? Ejemplos de medicinas incluyen el chicle o goma de mascar de nicotina, los parches, los esprays o atomizadores nasales, los inhaladores o las medicinas recetadas. **(PR/NCQA/HP5H-AM-40)**

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

76. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor u otro profesional de salud le recomendó o discutió con usted sobre métodos y estrategias (aparte de medicinas) para ayudarle a dejar de fumar o usar tabaco? Ejemplos de métodos y estrategias incluye: línea telefónica de ayuda, consejería individual o en grupo, o un programa de cese del consumo de tabaco. **(PR/NCQA/ HP5H-AM-41)**

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

77. ¿Toma usted aspirina diaria o cada otro día? **(PR/NCQA/HP5H-AM-42)**

- ¹ Sí
² No
³ No sé

78. ¿Tiene algún problema de salud o toma medicinas que causa que tomar aspirina no sea seguro para usted? **(PR/NCQA/HP5H-AM-43)**

- ¹ Sí
² No
³ No sé

79. ¿Alguna vez ha hablado con un doctor o profesional de salud sobre los riesgos y beneficios de la aspirina para prevenir un ataque al corazón o un derrame cerebral? **(PR/NCQA/HP5H-AM-44)**
- ¹ Sí
- ² No
80. ¿Sabe usted si tiene alguna de las siguientes condiciones? *Marque una o más.* **(PR/NCQA/HP5H-AM-45)**
- ¹ Nivel de colesterol alto
- ² Alta presión
- ³ Padres o hermanos que tuvieron un ataque al corazón antes de los 60 años
81. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades? *Marque una o más.* **(PR/NCQA/HP5H-AM-46)**
- ¹ Un ataque al corazón
- ² Angina o enfermedad de las arterias del corazón
- ³ Un derrame cerebral
- ⁴ Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre
82. En los últimos 6 meses, ¿ha recibido atención médica 3 veces o más por la misma enfermedad o problema? **(RC/HP5-AM-29)**
- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 84**
83. ¿Se trata de una enfermedad o problema que ha durado al menos 3 meses? **No** incluya el embarazo ni la menopausia. **(RC/HP5-AM-30)**
- ¹ Sí
- ² No
84. ¿Necesita o toma ahora alguna medicina recetada por un doctor? **No** incluya anticonceptivos. **(RC/HP5-AM-31)**
- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 86**
85. ¿Es esta medicina algo para tratar una enfermedad o problema que haya durado al menos 3 meses? **No** incluya el embarazo ni la menopausia. **(RC/HP5-AM-32)**
- ¹ Sí
- ² No
86. ¿Está usted sordo o tiene una dificultad grave para oír? **(RC/OMB60/ACS-P17a, OMH-4302-5)**
- ¹ Sí
- ² No

87. ¿Está ciego o tiene dificultad para ver, aunque use lentes? (RC/OMB60/ACS-P-17b,OMH-4302-5)

- ¹ Sí
² No

88. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones? (RC/OMB60/ACS-P-18a,OMH-4302-5)

- ¹ Sí
² No

89. ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? (RC/OMB60ACS-P-18b,OMH-4302-5)

- ¹ Sí
² No

90. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para vestirse o bañarse? (RC/OMB60/ACS-P-18c,OMH-4302-5)

- ¹ Sí
² No

91. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer cosas solo, tales como visitar el consultorio médico o ir de compras? (RC/OMB60/ACS-P-19,OMH-4302-5)

- ¹ Sí
² No

92. ¿Qué edad tiene? (RC/HP5-AM-33)

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

93. ¿Cuál es su género? (CM/OMH-4302-3)

- ¹ Masculino
² Femenino

94. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado? (CM/HP5-AM-35)

- 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

95. ¿Cuál **mejor** describe su situación laboral? *Marque sólo UNA.* (RC/OMB60/NHBS-DM6)

- 1 Empleado de tiempo completo
- 2 Empleado de medio tiempo
- 3 Ama de casa
- 4 Estudiante de tiempo completo
- 5 Jubilado
- 6 No puede trabajar por razones de salud
- 7 Desempleado
- 8 Otro

96. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana, latina o española? (RC/OMB60/M-ACO-77)

- 1 Sí, hispano, latino o español
- 2 No, hispano, latino o español → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 98**

97. ¿Qué grupo lo describe a usted mejor? (RC/OMB60/M-ACO-78)

- 1 Mexicano, mexicano americano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 Otro origen hispano, latino o español

98. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más. (RC /OMH-4302-2)

- Blanca
 Negra o afroamericana
 Indígena americana o nativa de Alaska
 India asiática
 China
 Filipina
 Japonesa
 Coreana
 Vietnamita
 Otra asiática
 Nativa de Hawái
 Guameña o chamorro
 Samoana
 Nativa de otras islas del Pacífico

99. ¿Es elegible para recibir servicios de salud de un Servicio de Salud Indígena o de un programa de salud para tribus indígenas o urbanas? (RC/OMB30)

- Sí
 No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 101**
 No sé → **Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 101**

100. ¿Alguna vez obtuvo servicios de salud de un Servicio de Salud Indígena o de un programa de salud para tribus indígenas o urbanas? (RC/OMB30)

- Sí
 No

101. ¿Qué idioma prefiere? (RC,CuC/T,C,OMB60/CG2-AS-CU22)

- Inglés → **Si contestó “Inglés”, pase a la pregunta 103**
 Español
 Chino
 Algún otro idioma

Especifique: _____

102. ¿Qué tan bien habla el inglés? (RC,CuC /T,C,OMB60/OMH-4302-4)

- Muy bien
 Bien
 No tan bien
 No hablo inglés

103. ¿Tuvo seguro de salud en los Estados Unidos en cualquier momento entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2013? **(RC/T,C)**

- ¹ Sí
² No

104. ¿ Tiene confianza de que entiende los términos del seguro de salud? **(RC/OMB30)**

- ¹ No tengo confianza
² Tengo algo de confianza
³ Tengo confianza
⁴ Tengo mucha confianza

105. ¿ Tiene confianza de que sabe la mayoría de las cosas que necesita saber sobre cómo usar el seguro de salud? **(RC/OMB30)**

- ¹ No tengo confianza
² Tengo algo de confianza
³ Tengo confianza
⁴ Tengo mucha confianza

106. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta? **(RC/HP5-AM-38)**

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

107. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Marque una o más. **(RC/HP5-AM-39)**

- 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

Especifique _____

Gracias.

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