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

Language: Spanish

Data Collection: 2015 Beta Test

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

DC=Doctor Communication

CaC=Care Coordination

AI=Access to Information

PA=Plan Administration

CuC=Cultural Competence

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 #

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

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 #

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. 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

III. 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*

IV. 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

V. 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

VI. 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

VII. 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
-

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
- Education status
- Ethnicity
- Race
- 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 [INSERT HEALTH PLAN NAME].

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 SURVEY VENDOR ADDRESS].

Que hacer si tiene preguntas. [INSERT HEALTH PLAN NAME] ha contratado con [INSERT SURVEY VENDOR NAME] 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 [INSERT DAYS/TIMES/TIMEZONE]. 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 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 20 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 HEALTH PLAN 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 14

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 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 14

13. 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

Su doctor personal

14. 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 32

15. 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 32
- ² 1 vez
- ³ 2
- ⁴ 3
- ⁵ 4
- ⁶ 5 a 9 veces
- ⁷ 10 o más veces

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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 24**

22. 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

23. 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

24. 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, ¿visito a algún especialista? **(CaC/S,F,T/ HP5-AS-New_Q#)**

- ¹ Sí
- ² No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**

25. 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

26. 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

27. 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 29

28. 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

29. 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 32

30. 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 32

31. 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.

32. 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 36

33. 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

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

- ¹ Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 36**
- ² 1 especialista
- ³ 2
- ⁴ 3
- ⁵ 4
- ⁶ 5 o más especialistas

35. 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

36. 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 38**

37. 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

38. 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 40

39. 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

40. 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 42

41. 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

42. 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 46

43. 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

44. 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

45. 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

46. 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 52**

47. 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

48. 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

49. 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

50. 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 52**

51. 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

52. 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

Acerca de usted

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

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

54. 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

55. ¿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

56. ¿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 60**
 4 No sé → **Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 60**

57. 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

58. 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

59. 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

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

- ¹ Sí
² No
³ No sé

61. ¿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

62. ¿Alguna vez ha hablado con un doctor o profesional de salud sobre los riesgo y beneficios de la aspirina para prevenir un ataque al corazón o un derrame cerebral? **(PR/NCQA/HP5H-AM-44)**

- ¹ Sí
² No

63. ¿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

64. ¿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

65. 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 67**

66. ¿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

67. ¿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 69**

68. ¿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

69. ¿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

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

- ¹ Masculino
² Femenino

71. ¿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

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

- ¹ Sí, hispano/a, latino/a o español/a
² No, hispano/a, latino/a o español/a → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 74**

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

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

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

- ¹ Blanca
² Negra o afroamericana
³ Indígena americana o nativa de Alaska
⁴ India asiática
⁵ China
⁶ Filipina
⁷ Japonesa
⁸ Coreana
⁹ Vietnamita
¹⁰ Otra asiática
¹¹ Nativa de Hawái
¹² Guameña o chamorro
¹³ Samoana
¹⁴ Nativa de otras islas del Pacífico

75. ¿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.**

76. ¿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.