

2025 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 y en las veces que recibió atención médica en persona, por teléfono, o por videollamada. Por favor tómese un 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, Survey Processing Department, Press Ganey, PO Box 7314, South Bend, IN 46699-0476.

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

☒ Sí

- 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?

☐ Yes

☒ 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. Esto aplica tanto a las recolecciones de información obligatorias como las voluntarias. El número de control válido del OMB para esta recolección **0938-0732 (vence el 30 de noviembre 2027)**. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **15 minutos**, 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

Estas preguntas se refieren a la atención médica que haya recibido en una clínica, sala de urgencias o en un consultorio médico. Esto incluye la atención recibida presencialmente, por teléfono, o por video.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna enfermedad, lesión o afección que exigiera atención inmediata?
☐ 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, ¿programó alguna cita presencial, por teléfono o por video para un chequeo o atención de rutina?
☐ 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 ocasiones en que asistió a una sala de urgencias, ¿cuántas veces recibió atención médica presencialmente, por teléfono, o por video?
- ☐ Ninguna
☐ 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 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?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre

SU DOCTOR PERSONAL

10. El médico personal es el profesional con el que consulta cuando necesita un chequeo, recomendaciones sobre un problema de salud, o se enferma o se lastima. ¿Tiene un médico personal?
- ☐ Sí
☐ No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 26*
11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces realizó una consulta presencial, por teléfono o por video sobre su salud con su médico personal?
- ☐ Ninguna → *Si contestó "Ninguna", pase a la pregunta 26*
☐ 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?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre

14. 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

15. 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

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

17. En los últimos 6 meses, cuando fue a consultar a su médico personal durante una consulta programada, ¿con qué frecuencia este tenía su historia clínica u otra información sobre su atención?

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

18. 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 21*

19. 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
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

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 recibió los resultados tan pronto como los necesitaba?

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si contestó "No",
pase a la pregunta 23*

22. 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

23. 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 26*

24. 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 26*

25. 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 RECIBÍO DE ESPECIALISTAS

Cuando responda las siguientes preguntas, incluya la atención que recibió en persona, por teléfono o por video.

26. 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

27. En los últimos 6 meses, ¿programó alguna cita para ver a un especialista?

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si contestó "No",
pase a la pregunta 32*

28. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia programó una cita con un especialista en cuanto lo necesitó?

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

29. ¿Cuántos especialistas ha consultado en los últimos 6 meses?

- ☐ Ninguno → *Si contestó "Ninguno",
pase a la pregunta 32*
- ☐ 1 especialista
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 especialistas o más

30. Queremos conocer la calificación que le otorgaría al especialista que consultó con mayor frecuencia en los últimos 6 meses. En una escala del 0 al 10, donde 0 es el peor especialista posible y 10, el mejor, ¿cómo calificaría a ese especialista?

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

31. 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 hablado con mi doctor personal en los últimos 6 meses
- ☐ Mi doctor personal es especialista

MANEJANDO SU ATENCIÓN MÉDICA

32. ¿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

33. ¿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

34. 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

35. 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

36. En los últimos 6 meses, ¿consiguió información o ayuda del servicio al cliente de Medicare?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No",
pase a la pregunta 39

37. 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

38. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de Medicare le trató con cortesía y respeto?

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

39. En los últimos 6 meses, ¿le dió Medicare algún formulario para llenar?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No",
pase a la pregunta 41

40. 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

41. 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

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

44. ¿Qué idioma habla principalmente en su hogar?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Chino
- ☐ Coreano
- ☐ Tagalo
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro idioma

↓

Escriba la respuesta en letra imprenta:

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. En los últimos 6 meses, ¿alguien de la clínica, la sala de emergencia o el consultorio del médico donde recibió atención médica lo trató de manera injusta o desconsiderada por alguna de las siguientes características suyas?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Afección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cultura o religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Idioma o acento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Raza u origen étnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sexo (mujer u hombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
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 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"/>

51. ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2024?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sé

52. ¿Alguna vez le han puesto una o más vacuna 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

53. ¿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

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

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

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

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

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

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

57. 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 <u>actividad</u>	Sí, tengo <u>dificultad</u>	No, no tengo <u>dificultad</u>
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"/>

58. 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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

60. ¿Puede el Programa de Medicare ponerse en contacto con usted de nuevo para aprender más sobre su atención médica, o para invitarlo(a) a una discusión en grupo o a una entrevista sobre temas relacionados con la atención médica?

- ☐ Sí
- ☐ No

61. ¿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.*

62. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?
Por favor marque una o más.

- ☐ 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
Survey Processing Department
Press Ganey
PO Box 7314
South Bend, IN 46699-0476**

Por favor no incluya otro tipo de correspondencia.

Esta página se ha dejado en
blanco intencionalmente.

**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
Survey Processing Department
Press Ganey
PO Box 7314
South Bend, IN 46699-0476

Por favor no incluya otro tipo de correspondencia.

