

Número de OMB: 0938-0926  
Fecha de vencimiento: XXX

# Encuesta de Medicare de los Centros de Hemodiálisis

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Esta recolección de información produce datos comparables de centros de diálisis para ayudar a los individuos a elegir un y para mejorar la atención. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es menos de 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la información recopilada. Esta recolección de datos es obligatoria para los centros de diálisis clasificados bajo 42 CFR §413.178(c)(iii) para cumplir con los requisitos del programa, y es voluntaria para los participantes de la encuesta. La confidencialidad está asegurada bajo 5 U.S.C. 552a (Ley de Privacidad de 1974). Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o 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.

**\*\*\*\*Divulgación del CMS\*\*\*\*** Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control de OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con [ICHCAHPS@cms.hhs.gov](mailto:ICHCAHPS@cms.hhs.gov).

## Instrucciones para el cuestionario

Esta encuesta trata de sus experiencias con el cuidado de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME].

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:

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☒ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 25**

1. ¿En dónde le hacen los tratamientos de diálisis?

- ☐ 1 En la casa o en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo → **Si contestó “En la casa o en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo”, pase a la pregunta 32**
- ☐ 2 En un centro de diálisis
- ☐ 3 Actualmente no recibo diálisis → **Si contestó “Actualmente no recibo diálisis”, pase a la pregunta 32**

2. ¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME]?

- ☐ 1 Menos de 3 meses → **Si contestó “Menos de 3 meses”, pase a la pregunta 32**
- ☐ 2 Al menos 3 meses pero menos de 1 año
- ☐ 3 Al menos 1 año pero menos de 5 años
- ☐ 4 5 años o más
- ☐ 5 Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis → **Si contestó “Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis”, pase a la pregunta 32**

EL PERSONAL DEL CENTRO DE DIÁLISIS

Para las siguientes preguntas, el personal del centro de diálisis *no* incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.

3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaba con atención el personal del centro de diálisis?

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

4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le explicaba las cosas a usted el personal del centro de diálisis en una forma fácil de entender?

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

5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis mostró respeto por lo que usted decía?

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

6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasó suficiente tiempo con usted el personal del centro de diálisis?

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

7. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le hizo sentirse lo más cómodo posible durante la diálisis?

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

8. En los últimos 3 meses, ¿se sintió lo suficientemente cómodo como para preguntarle al personal del centro de diálisis todo lo que quería saber acerca del tratamiento de diálisis?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

9. El personal del centro de diálisis puede conectarle a la máquina de diálisis a través de un injerto, una fístula o un catéter o sonda. ¿Sabe como cuidar su injerto, fístula o catéter o sonda?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

10. En los últimos 3 meses, ¿qué fue lo que usaron con más frecuencia para conectarle a la máquina de diálisis?

- 1 ☐ Un injerto
- 2 ☐ Una fístula
- 3 ☐ Un catéter o sonda
- 4 ☐ No sé

11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le chequeó tan de cerca como usted quería mientras estaba en la máquina de diálisis?

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

12. En los últimos 3 meses, ¿ocurrió algún problema durante su diálisis?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 14

13. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis pudo manejar los problemas que se presentaron durante su diálisis?

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

14. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis se comportó de manera profesional?

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

Recuerde que para estas preguntas, el personal del centro de diálisis *no* incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.

15. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le explicó los resultados de las pruebas de sangre de una manera fácil de entender?

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

16. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a ser tratado con respeto y tiene derecho a tener privacidad. ¿Alguna vez le dieron en este centro de diálisis información por escrito acerca de sus derechos como paciente?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

17. ¿Alguna vez el personal de este centro de diálisis repasó con usted sus derechos como paciente?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

18. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis le dijo qué debe hacer si tiene un problema de salud cuando está en casa?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

19. ¿Alguna vez un miembro del centro de diálisis le dijo cómo desconectarse de la máquina si hay una emergencia en el centro?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

20. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor personal del centro de diálisis posible y 10 es el mejor personal del centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar al personal de su centro de diálisis?

- 0 ☐ 0 El peor personal posible del centro de diálisis
- 1 ☐ 1
- 2 ☐ 2
- 3 ☐ 3
- 4 ☐ 4
- 5 ☐ 5
- 6 ☐ 6
- 7 ☐ 7
- 8 ☐ 8
- 9 ☐ 9
- 10 ☐ 10 El mejor personal posible del centro de diálisis

---

#### EL CENTRO DE DIÁLISIS

---

21. En los últimos 3 meses, cuando usted llegó a tiempo, ¿con qué frecuencia le conectaron a la máquina de diálisis a los 15 minutos o antes de su cita o turno?

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

22. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estaba el centro de diálisis tan limpio como podía estarlo?

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

23. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor centro de diálisis posible y 10 es el mejor centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar a este centro de diálisis?

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

## TRATAMIENTO

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado que recibió en los últimos 12 meses. Mientras responde estas preguntas, solo piense en sus experiencias en [SAMPLE FACILITY NAME], aunque no haya recibido cuidado todos los 12 meses.

24. La enfermedad de los riñones puede ser tratada con diálisis en un centro de diálisis, un trasplante de riñón o con diálisis que se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones o el personal del centro de diálisis hablaron con usted tanto como lo deseaba sobre cuál era el tratamiento más adecuado para usted?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

25. ¿Es usted elegible para recibir un trasplante de riñón?

1 ☐ Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 27  
2 ☐ No  
3 ☐ No sé → Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 27

26. En los últimos 12 meses, ¿le ha explicado un doctor o el personal del centro de diálisis por qué usted no es elegible para un trasplante de riñón?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

27. La diálisis peritoneal es la que se hace a través del estómago y la mayoría de las veces se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus doctores de los riñones o alguien del personal del centro de diálisis le habló acerca de la diálisis peritoneal?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

28. En los últimos 12 meses, ¿estuvo usted tan involucrado como quería en escoger el tratamiento para la enfermedad de los riñones más adecuado para usted?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No

29. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez estuvo descontento con el cuidado que recibió en el centro de diálisis o de sus doctores de los riñones?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 32

30. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez habló con alguien del personal del centro de diálisis sobre esto?

1 ☐ Sí  
2 ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 32

**31. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecho con la manera en la que manejaron esos problemas?**

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

---

**ACERCA DE USTED**

---

**32. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?**

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy bueno
- 3 ☐ Bueno
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

**33. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud mental o emocional?**

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy bueno
- 3 ☐ Bueno
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

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

- 1 ☐ Sin educación formal
- 2 ☐ 5° grado o menos
- 3 ☐ 6°, 7° u 8° grado
- 4 ☐ Algo de preparatoria o 'high school' pero sin graduarse
- 5 ☐ Graduado de la escuela preparatoria o 'high school' o GED
- 6 ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 7 ☐ Título universitario de 4 años
- 8 ☐ Título universitario de más de 4 años

**35. ¿Qué idioma habla usted principalmente en el hogar? Marque solo una respuesta.**

- 1 ☐ Inglés
- 2 ☐ Español
- 3 ☐ Chino
- 4 ☐ Samoano
- 5 ☐ Ruso
- 6 ☐ Vietnamita
- 7 ☐ Portugués
- 8 ☐ Algún otro idioma (por favor, especifique):  
\_\_\_\_\_



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

- 1 ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
- 2 ☐ Asiática
- 3 ☐ Negra o afroamericana
- 4 ☐ Hispana o Latina
- 5 ☐ De medio oriente o África del norte
- 6 ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- 7 ☐ Blanca

---

**AYUDA**

37. ¿Le ayudó alguien a llenar esta encuesta?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No → **Gracias. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que no necesita estampilla de correo.**

38. ¿Cómo le ayudó esa persona? Por favor marque una o más.

- 1 ☐ Me leyó las preguntas
  - 2 ☐ Escribió las respuestas que yo le di
  - 3 ☐ Contestó las preguntas por mí
  - 4 ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
  - 5 ☐ Me ayudó de alguna otra manera (Por favor escriba en letra tipo imprenta):
- 

**Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre adjunto a:**

**VENDOR'S NAME  
STREET ADDRESS 1  
STREET ADDRESS 2  
CITY, STATE, ZIP**