

Spanish

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

**2017 Prescription Drug Plan Survey
CATI Script**

**THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK**

Medicare Experience Survey 2017 Prescription Drug Plan Survey CATI Script

<INTRO1-OUT IS FOR OUTBOUND CALLS. THE PURPOSE OF THE INTRO1-OUT SCREEN IS TO PROTECT THE PRIVACY OF THE SAMPLED MEMBER. THE INTERVIEWER DOES NOT PROVIDE DETAILS ABOUT THE SURVEY UNTIL HE IS SPEAKING WITH THE SAMPLED RESPONDENT. AT NO POINT DOES THE INTERVIEWER MENTION WHAT HEALTH PLAN THE SAMPLED RESPONDENT IS A MEMBER OF TO ANYONE OTHER THAN THE SAMPLED MEMBER. IN ADDITION, NO MESSAGES ARE TO BE LEFT ON AN ANSWERING MACHINE OR VOICE MAIL. >

[INTRO1-OUT]

Buenos días/tardes/noches. ¿Puedo hablar con [SAMPLED BENEFICIARY'S NAME]?

- 1 YES → [Go to INTRO 2-OUT]
- 2 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SET CALLBACK]
- 3 NO [REFUSAL] → [Go to TERMINATE Screen]

<MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE → [GO TO INTRO3]

IF IT BECOMES CLEAR THAT THE BENEFICIARY CANNOT COMPLETE THE TELEPHONE INTERVIEW HIMSELF/HERSELF (FOR EXAMPLE IF HE/SHE IS HARD OF HEARING, HAS A SPEECH IMPEDIMENT, OR IS TOO ILL OR FRAIL TO DO THE INTERVIEW), OR REQUIRES ASSISTANCE IN COMPLETING THE INTERVIEW, ONLY THE BENEFICIARY CAN GIVE PERMISSION FOR A PROXY TO COMPLETE THE SURVEY. [GO TO INTRO 3]>

<IF ASKED WHO IS CALLING:>

<IF NOT SPEAKING TO THE RESPONDENT>

Soy [INTERVIEWER NAME] y estoy llamando de [SURVEY VENDOR NAME]. Me gustaría hablar con [BENEFICIARY'S NAME] sobre un estudio acerca de la atención médica.

<IF SPEAKING TO THE RESPONDENT [GO TO INTRO2-OUT]>

<INTRO1-IN IS FOR INBOUND CALLS. AS WITH INTRO1-OUT, THE PURPOSE OF THE INTRO1-IN SCREEN IS TO PROTECT THE PRIVACY OF THE SAMPLED MEMBER. THE INTERVIEWER DOES NOT PROVIDE DETAILS ABOUT THE SURVEY UNTIL HE IS SPEAKING WITH THE SAMPLED RESPONDENT. AT NO POINT DOES THE INTERVIEWER MENTION WHAT HEALTH PLAN THE SAMPLED RESPONDENT IS A MEMBER OF TO ANYONE OTHER THAN THE SAMPLED MEMBER.>

[INTRO1-IN]

Buenos días/Buenas tardes/noches. ¿Estoy hablando con [SAMPLED BENEFICIARY'S NAME]?

- 1 YES → [Go TO INTRO 2-IN]
- 2 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SET CALLBACK]
- 3 NO [REFUSAL] → [Go TO TERMINATE SCREEN]

[INTRO2-OUT]

Buenos días/ tardes/ noches. Soy [INTERVIEWER NAME] y estoy llamando de parte de [PLAN NAME] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para pedirle que participe en una encuesta sobre la atención y los servicios médicos que recibe. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre los miembros de Medicare que están inscritos en su plan de medicinas recetadas.

Esta encuesta es parte de esfuerzos nacionales para medir la calidad de atención que se recibe a través de planes de salud y medicinas recetadas. Los resultados de esta encuesta le ayudarán a [PDP PLAN NAME] y a Medicare a mejorar la atención que brindan. La entrevista es completamente confidencial y voluntaria y no afectará de ninguna manera su atención médica ni sus beneficios de Medicare. La entrevista tomará unos 10 minutos [OR VENDOR SPECIFY] para completar. Esta llamada puede ser monitoreada o grabada para propósitos de control de calidad. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

[INTRO2-IN]

Soy [INTERVIEWER NAME] y [HEALTH PLAN NAME] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid le están pidiendo que tome parte en una entrevista sobre la atención y los servicios médicos que recibe. Su nombre fue seleccionado al azar por CMS entre los miembros de Medicare que están inscritos en su plan de medicinas recetadas.

Esta encuesta es parte de esfuerzos nacionales para medir la calidad de atención que se recibe a través planes de salud y medicinas recetadas. Los resultados de esta encuesta le ayudarán a [PDP PLAN NAME] y a Medicare a mejorar la atención que brindan. La entrevista es completamente confidencial y voluntaria y no afectará de ninguna manera su atención médica ni sus beneficios de Medicare. La entrevista tomará unos 10 minutos [OR VENDOR SPECIFY] para completar. Esta llamada puede ser monitoreada o grabada para propósitos de control de calidad. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

<AFTER INTRO2-OUT and INTRO2-IN

[GO TO Q1] OR

(READ OPTIONAL QUESTION) OR

IF SPEAKING TO THE BENEFICIARY AND IT APPEARS THE BENEFICIARY MAY NEED HELP [GO TO INTRO3 – Request for Proxy]>

(OPTIONAL QUESTION)

¿Tiene algunas preguntas sobre esta encuesta que pueda responder en este momento?

- 1 YES → <REFER TO FAQs>
- 2 NO → [GO TO Q1]
- 3 NO, DOESN'T WANT TO PARTICIPATE [REFUSAL]
→ [Go to TERMINATE Screen]

[INTRO3 – Request for Proxy]

Si necesita ayuda para completar la entrevista telefónica o si piensa que no puede completar la entrevista por si mismo/a, usted puede tener a un miembro de la familia o una amistad cercana ayudarle o puede esa persona hacer la entrevista por usted. Esta persona tiene que ser alguien que le conoce bien y que pueda contestar con precisión preguntas relacionadas a su salud. <THE INTERVIEWER MUST OBTAIN THE BENEFICIARY'S PERMISSION TO HAVE A PROXY RESPONDENT ASSIST HIM/HER IN THE CATI INTERVIEW. IF THE INTERVIEWER IS UNABLE TO SPEAK TO THE BENEFICIARY DIRECTLY IN ORDER TO IDENTIFY A PROXY RESPONDENT AND OBTAIN THE BENEFICIARY'S PERMISSION, DO NOT PROCEED WITH THE INTERVIEW.> [GO TO INTRO3 Q1.]

[INTRO3 Q1]

¿Hay alguien que le pueda ayudar a completar la encuesta o que podría hacer la entrevista por usted?

- 1 YES →[GO TO INTRO3 Q2]
- 2 NO →<THANK THE RESPONDENT AND TERMINATE THE INTERVIEW>

[INTRO3 Q2]

¿Nos puede dar su permiso para hacer la entrevista de teléfono con esta persona?

- 1 YES →[GO TO INTRO3 Q3] OR [GO TO PROXY_INTRO 1]
- 2 NO →<THANK THE RESPONDENT AND TERMINATE THE INTERVIEW>

[INTRO3 Q3]

IF NECESSARY: ¿Está esta persona disponible para hablar con nosotros ahora?

- 1 YES → [GO TO PROXY INTRO 1]
- 2 NO → <COLLECT NAME AND TELEPHONE NUMBER OF PROXY AND SET A CALLBACK, OR IF NO PROXY EXISTS, [GO TO Q_END] AND CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE>

[PROXY_INTRO 1]

Buenos días/ tardes/ noches. Soy [INTERVIEWER NAME] y estoy llamando de parte de [PDP PLAN NAME] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para preguntarle sobre la atención y los servicios médicos que beneficiarios de Medicare reciben. [SAMPLED MEMBER NAME] fue seleccionado(a) al azar por CMS entre los miembros de Medicare que están inscritos en su plan de salud y [SAMPLED MEMBER NAME] nos dio su permiso para que usted complete la entrevista por él/ella.

La participación de [SAMPLED MEMBER'S NAME] en esta entrevista es completamente voluntaria y no afectará de ninguna manera la atención médica ni los beneficios de Medicare que [él/ella] reciba. La entrevista tomará unos 10 minutos [OR VENDOR SPECIFY] para completar. Esta llamada puede ser monitoreada o grabada para propósitos de control de calidad. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

[PROXY_INTRO 2]

Al contestar las preguntas recuerde que está contestando por [él/ella] y que todas las preguntas se refieren a las experiencias de [él/ella] con el plan de salud de [él/ella]. Por favor no considere sus propias experiencias o información en las respuestas que usted nos dé.

INTERVIEWER: → [GO TO Q1]

<CALL BACK TO RESUME A SURVEY>

[RESUME1]

Buenos días/ Buenas tardes/noches. ¿Puedo hablar con [BENEFICIARY NAME]?

(IF NEEDED:) [IF NEEDED: Estoy llamando de parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para terminar una entrevista con [BENEFICIARY NAME].

- | | | |
|---|--------------|--------------------------|
| 1 | YES | [GO TO RESUME2] |
| 2 | NO, CALLBACK | [SET CALLBACK] |
| 3 | REFUSAL | [GO TO TERMINATE SCREEN] |

[RESUME2]

Soy [INTERVIEWER NAME] y estoy llamando de parte de [HEALTH PLAN NAME] y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Me gustaría confirmar que estoy hablando con [BENEFICIARY NAME]? Estoy llamando para terminar la entrevista sobre la atención y los servicios médicos que recibe. [RESUME SURVEY WHERE PREVIOUSLY LEFT OFF].

[MONITOR]

Antes de comenzar, tengo que decirle que con el propósito de control de calidad, es posible que mi supervisor escuche esta llamada.

<START INTERVIEW>

Q1 Nuestros registros muestran que en el 2016 sus medicinas recetadas estaban cubiertas por el plan de Medicare de medicinas recetadas llamado [INSERT PLAN NAME HERE]. ¿Es esto correcto?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ [GO TO Q3]
2 NO [GO TO Q2]

98 <DON'T KNOW> [GO TO Q2]
99 <REFUSED> [GO TO Q2]
M [MISSING]

Q2 ¿Cuál es el nombre del plan de Medicare de medicinas recetadas que usted tenía en el 2016? Conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias con ese plan.

<ENTER PLAN NAME> _____

88 [NOT APPLICABLE]
98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- IF Q2 IS ASSIGNED ANSWER "98 – DON'T KNOW" OR "99 – REFUSED" THE INTRO TEXT BEFORE Q3 SHOULD READ: Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su plan de medicinas recetadas en los últimos 6 meses. Por favor piense en el plan en el que estaba inscrito/a en el 2016 al contestar las preguntas.
- FOR ALL OTHERS, INTRO TEXT BEFORE Q3 SHOULD READ Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su plan de medicinas recetadas en los últimos 6 meses.]

Q3 En los últimos 6 meses, ¿alguien de un consultorio médico, de una farmacia o de su plan de medicinas recetadas le contactó...

a. Para asegurar que usted consiguió o renovó una receta?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ¿ALGUIEN DE UN CONSULTORIO MÉDICO, DE LA FARMACIA O DE SU PLAN DE MEDICINAS RECETADAS LE CONTACTÓ...)

b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q4 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir las medicinas que su doctor le recetó? ¿Diría que...

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 La mayoría de las veces
- 4 Siempre, o
- 5 No usé mi plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas en los últimos 6 meses

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

- Q5 En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en su farmacia?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)
- 1 SÍ
2 NO [GO TO Q7]
- 98 <DON'T KNOW> [GO TO Q7]
99 <REFUSED> [GO TO Q7]
M [MISSING]
- Q6 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en su farmacia? ¿Diría que...
- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces, o
4 Siempre
- 88 [NOT APPLICABLE]
98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]
- Q7 En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir alguna medicina recetada por correo?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)
- 1 SÍ
2 NO [GO TO Q9]
3 NO ESTOY SEGURO SI MI PLAN DE MEDICINAS RECETADAS OFRECE MEDICINAS RECETADAS POR CORREO [GO TO Q9]
- 98 <DON'T KNOW> [GO TO Q9]
99 <REFUSED> [GO TO Q9]
M [MISSING]
- Q8 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas recetadas por correo? ¿Diría que.....
- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces, o
4 Siempre
- 88 [NOT APPLICABLE]
98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

- Q9 Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de medicinas recetadas posible y el 10 el mejor plan de medicinas recetadas posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de medicinas recetadas?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)
0 – EL PEOR PLAN DE MEDICINAS RECETADAS POSIBLE
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 - EL MEJOR PLAN DE MEDICINAS RECETADAS POSIBLE
- 98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de usted.

- Q10 En general, ¿cómo calificaría toda su salud? ¿Diría que es...
- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular, o
5 Mala
- 98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]
- Q11 En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional? ¿Diría que es...
- 1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular, o
5 Mala
- 98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q12 En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q13 En los últimos 6 meses, ¿tuvo que demorarse o no pudo conseguir una medicina recetada porque creía que no le alcanzaba el dinero?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 MI DOCTOR NO ME RECETÓ NINGUNA MEDICINA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q14 En los últimos 6 meses, ¿recibió medicinas recetadas por correo que no solicitó?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 NO SÉ

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q15 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades?

a. Un ataque al corazón?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: ¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE TENÍA ...)

b. Angina o enfermedad de las arterias del corazón?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: ¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE TENÍA ...)

c. Presión arterial alta o la hipertensión?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: ¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE TENÍA...)

d. Cáncer, aparte de cáncer de la piel?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: ¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE TENÍA ...)

- e. Enfisema, asma o EPOC (READ ONLY IF NECESSARY: también conocido como enfermedad pulmonar obstructiva crónica , una enfermedad crónica de los pulmones)?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: ¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO UN DOCTOR QUE TENÍA...)

- f. Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

- Q16 ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

- Q17 ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer los recados sólo/a, como ir al doctor o ir de compras?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ
- 2 NO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q19 ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- 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, o
- 6 Título universitario de más de 4 años

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q20 ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 SÍ, HISPANO O LATINO
- 2 NO, NI HISPANO O LATINO

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q21 Cuándo le lea lo siguiente, por favor dígame si la categoría describe su raza. Se requiere que le lea todas las cinco categorías. Por favor, responda "Sí" o "No" a cada una de las categorías. ¿Es usted....

<PLEASE NOTE THAT RESPONDENTS MAY CHOOSE MORE THAN ONE RACE>

a. Blanco/a?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

b. ¿negro/a o afroamericano/a?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

c. ¿asiático/a?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

d. ¿nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

e. ¿indígena americano/a o nativo/a de Alaska?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q22 ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?

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

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q23 ¿A veces usa usted el internet en su hogar?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q24 El Programa de Medicare está tratando de aprender más sobre la atención médica o los servicios que se le dan a la gente que tiene Medicare. ¿Podemos ponernos en contacto con usted de nuevo para preguntarle sobre los servicios médicos que recibió?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 SÍ
2 NO

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

<THIS QUESTION TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER>
Q25 DID SOMEONE HELP THE BENEFICIARY COMPLETE THE SURVEY

- 1 YES
- 2 NO [GO TO END]

98 <DON'T KNOW>

<THIS QUESTION TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER. PLEASE MARK ONE OR MORE.>
Q26 <HOW DID THAT PERSON HELP THE BENEFICIARY COMPLETE THE SURVEY?>

<READ THE QUESTIONS TO THE BENEFICIARY>

- 1 YES
- 2 NO

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

M [MISSING]

<RELAYED THE ANSWERS THE BENEFICIARY GAVE TO THE INTERVIEWER>

- 1 YES
- 2 NO

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

M [MISSING]

<ANSWERED THE QUESTIONS FOR THE BENEFICIARY>

- 1 YES
- 2 NO

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

M [MISSING]

<TRANSLATED THE QUESTIONS INTO THE BENEFICIARIES LANGUAGE>

- 1 YES
- 2 NO

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

M [MISSING]

<HELPED IN SOME OTHER WAY>

1 YES

2 NO

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

M [MISSING]

[END] Estas son todas las preguntas que tengo. Gracias por tomar parte en esta entrevista importante.