

Spanish

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

2021 Medicare Advantage Prescription Drug Survey

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Encuesta 2021 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 al completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas a [SURVEY VENDOR] en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

- Si cambió su plan de Medicare para el 2021, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2020.
- Conteste todas las preguntas marcando una "X" en el cuadrado 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?

- Sí
 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 es **0938-0732**. 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.

1. Nuestros registros muestran que en el 2020 sus servicios médicos estaban cubiertos por el plan cuyo nombre está escrito en la contraportada de este documento. ¿Es esto correcto?

- Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3
- No

2. Por favor escriba abajo el nombre del plan de seguro de salud que tuvo en el 2020 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan de salud. (Por favor escriba en letra de molde)

La Atención Médica Que Usted Recibió En Los Últimos 6 Meses

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual necesitó atención inmediata en una clínica, en una sala de emergencia o en un consultorio médico?

- 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, ¿hizo usted alguna cita para un chequeo o una consulta regular en un consultorio médico o en una clínica?

- 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 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?

- Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 9
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces o más

8. El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia esperó 15 minutos o menos de la hora de su cita para que su profesional médico le atendiera?

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

9. 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

10. 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

11. El doctor personal es aquél a quien usted va si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 27**

12. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a su doctor personal para recibir atención médica para usted mismo?

- Ninguna → **Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 27**

- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces o más

13. 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

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención?

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

15. 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

16. 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

17. 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

18. En los últimos 6 meses, cuando visitó a su doctor personal durante una cita programada, ¿con qué frecuencia tenía él o ella su historial médico u otra información sobre su atención médica?

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

19. 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 22**

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 alguien del consultorio de su doctor personal se comunicó con usted para darle los resultados?

- Nunca → **Si Contestó “Nunca”, pase a la pregunta 22**
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

21. 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

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

- Sí
- No → **Si Contestó “No”, pase a la pregunta 24**

23. 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

24. 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 27**

25. 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 27**

26. 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 Recibió De Especialistas

27. 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
- No tengo un doctor personal

28. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita con un especialista?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 33
- Otra persona me hizo las citas con especialistas

29. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita con un especialista tan pronto como usted la necesitaba?

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

30. ¿A cuántos especialistas ha visto en los últimos 6 meses?

- Ninguno → Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 33
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 especialistas o más

31. 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?

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

32. 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 visitado a mi doctor personal en los últimos 6 meses
- Mi doctor personal es especialista

Su Plan De Salud

- 33.** En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda de parte del servicio al cliente de su plan de salud?
- Sí
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 36
- 34.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o ayuda que usted necesitaba?
- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre
- 35.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?
- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre
- 36.** En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para llenar?
- Sí
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 38
- 37.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios de su plan de salud?
- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre
- 38.** 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 su plan de salud?
- 0 El peor plan de salud posible
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 El mejor plan de salud posible
- 39.** El copago es la cantidad que uno paga cuando va a una consulta a un consultorio médico o a una clínica. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le ofreció a usted reducir el monto de su copago porque tiene un problema de salud (como presión arterial alta)?
- Sí
 No
 No estoy seguro
 No tengo un copago
 No tengo un problema de salud
 Me ofrecieron un copago menor por otra razón

40. Los beneficios de su plan de salud son el tipo de atención médica y los servicios que usted puede recibir a través del plan. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le ofreció a usted beneficios extra porque tiene un problema de salud (como presión arterial alta)?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No tengo un problema de salud
- Me ofrecieron beneficios extra por otra razón

Su Plan De Medicinas Recetadas

Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas sobre la cobertura de medicinas recetadas que recibe a través de su plan de medicinas recetadas.

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

- | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Para asegurar que usted consiguió o renovó una receta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. 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?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No usé mi plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas en los últimos 6 meses

43. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en su farmacia?

- Sí
- No → **Si contestó "No", pase a la pregunta 45**

44. 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?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No usé mi plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada en una farmacia en los últimos 6 meses

45. En los últimos 6 meses, ¿alguna vez usó su plan de medicinas recetadas para conseguir alguna medicina recetada por correo?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 47
- No estoy seguro si mi plan de medicinas recetadas ofrece medicinas recetadas por correo → Pase a la pregunta 47

46. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil usar su plan de medicinas recetadas para conseguir medicinas recetadas por correo?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No usé mi plan de medicinas recetadas para conseguir una medicina recetada por correo en los últimos 6 meses
- No estoy seguro si mi plan de medicinas recetadas ofrece medicinas recetadas por correo

47. 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?

- 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

Acerca De Usted

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

50. En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?
- Sí
 No
51. 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
52. En los últimos 6 meses, ¿recibió medicinas recetadas por correo que no solicitó?
- Sí
 No
 No sé

53. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía alguna de las siguientes enfermedades?
- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
54. ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?
- Sí
 No
55. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?
- Sí
 No
56. 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

57. ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2020?
- Sí
 No
 No sé
58. ¿Alguna vez le han puesto una o más vacunas 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
59. ¿Actualmente fuma o usa tabaco todos los días, algunos días, o para nada?
- Todos los días
 Algunos días
 Para nada → **Si contestó “Para nada”, pase a la pregunta 61**
 No sé → **Si contestó “No Sé”, pase a la pregunta 61**
60. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un doctor u otro profesional médico le aconsejó que dejara de fumar o de usar tabaco?
- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre
 No tuve ninguna consulta en los últimos 6 meses
61. ¿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
62. ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?
- Sí, hispano o latino
 No, ni hispano ni latino
63. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.
- Blanca
 Negra o afroamericana
 Asiática
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Indígena americano o nativo de Alaska
64. ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?
- 1 persona
 2 a 3 personas
 4 personas o más

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

- Sí
- No

66. ¿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

67. ¿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.**

68. ¿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

Muchas gracias.

Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Nombre del Contrato: _____

[OPTIONAL]

Usted también puede conocer el plan por uno de los siguientes: