

**Spanish**

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan  
(MA & PDP) CAHPS<sup>®</sup> Survey**

**2022 Medicare Advantage Prescription Drug Survey**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

# Encuesta 2022 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 2022, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2021.
- 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** (vence el 31 de enero 2025). 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 2021 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 2021 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?
- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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, 2021?
- 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:**