

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

2024 Medicare Advantage Prescription Drug Survey Web Specifications SPANISH VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, "ATRAS" button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, "SIGUIENTE" button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *When survey is submitted sample member should be re-directed to CMS home page <https://www.cms.gov>*
- *Starting at Q1 display a progress bar at the top left or right of each screen*

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY
BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

Please type in the survey code that is printed on the letter you received, and click NEXT below.

Ingrese el código de la encuesta que está impreso en la carta que recibió y haga clic NEXT de abajo.

Survey code from letter/Código de encuesta de la carta: _____

NEXT/SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *SAMPLE MEMBERS WHO ENTER URL FROM LETTER START WITH THIS SCREEN]*

WELCOME TO THE MEDICARE EXPERIENCE SURVEY
BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

This survey asks about you and your experience with your Medicare health plan.

Esta encuesta pregunta acerca de usted y su experiencia con su plan de salud recetadas de Medicare.

- Continue in English
- Continuar en español

NEXT/SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- SAMPLE MEMBERS WHO CLICK ON URL/PIN FROM EMAIL START WITH THIS SCREEN]*
- A RESPONSE OF "Continuar en español" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE SPANISH VERSION OF THE SURVEY]*

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON 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.

- Si cambió su plan de Medicare para el 2024, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2023
- Necesita unos 16 minutos para contestar las preguntas de la encuesta
- Su participación en la encuesta es voluntaria
- Usted puede saltarse cualquier pregunta que no desee contestar
- Usted puede salirse de la encuesta en cualquier momento
- Sus respuestas se mantendrán confidenciales

Si tiene cualquier pregunta sobre esta encuesta, por favor, mándenos un correo electrónico a [VENDOR EMAIL] o llámenos a nuestra línea gratuita al [VENDOR PHONE]. Gracias.

Haga clic en “EMPEZAR” para comenzar la encuesta.

EMPEZAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *START BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*

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 **15.2 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 plan de Medicare del 2023

1. Nuestros registros muestran que en el 2023 sus servicios médicos estaban cubiertos por [MARKETNAME]. ¿Es esto correcto?

- Sí
 No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "SÍ" AT 1 SKIPS TO 3]

Su plan de Medicare del 2023

2. Por favor ingrese abajo el nombre del plan de seguro de salud que tuvo en el 2023 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan de salud.

[OPEN END; ALLOW 50 CHARACTERS]

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- OPEN END; ALLOW RESPONSE OF UP TO 50 CHARACTERS
- DISPLAY TEXT BOX WITH BORDERS FOR RESPONSE]

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

Estas preguntas se refieren a su propia atención médica en una clínica, sala de emergencias o consultorio médico. Esto incluye la atención que recibió en persona, por teléfono o por videollamada.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo usted una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual necesitó atención inmediata?

- Sí
 No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION: A RESPONSE OF "NO" AT 3 SKIPS TO 5]

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo usted alguna cita para una consulta en persona, por teléfono o por videollamada para un chequeo o una consulta regular?
- Sí
 - No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 5 SKIPS TO 7]*

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

7. En los últimos 6 meses, sin contar las veces en que fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces recibió atención médica para usted mismo en persona, por teléfono o por videollamada?

- Ninguna
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces_o más

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NINGUNA" AT 7 SKIPS TO 9]*

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

11. Un doctor personal es con quien usted hablaría si necesita un chequeo, quiere un consejo sobre algún problema de salud, o si se enferma o lastima. ¿Tiene usted un doctor personal?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 11 SKIPS TO 27]*

Su doctor personal

12. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo una consulta en persona, por teléfono o por videollamada con su doctor personal sobre su salud?

- Ninguna
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces_o más

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NINGUNA" AT 12 SKIPS TO 27]*

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

18. En los últimos 6 meses, cuando habló con 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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 19 SKIPS TO 22]*

Su doctor personal

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
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 22 SKIPS TO 24]*

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 24 SKIPS TO 27]*

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 25 SKIPS TO 27]*

Su doctor personal

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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

Al contestar las siguientes preguntas, incluya la atención que recibió en persona, por teléfono o por videollamada.

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
- No

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *IF THE RESPONSE TO 27 IS "SÍ" THE FOLLOWING TEXT SHOULD BE DISPLAYED BEFORE 28: Por favor incluya a su doctor personal al contestar estas preguntas sobre especialistas.]*

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

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 28 SKIPS TO 33]*

La atención médica que recibió de 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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

30. ¿Con cuántos especialistas habló en los últimos 6 meses?

- Ninguno
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 especialistas o más

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NINGUNO" AT 30 SKIPS TO 33]*

La atención médica que recibió de especialistas

31. Queremos saber cómo califica al especialista con quien habló 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

ATRAS

SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *IF RESPONSE TO 11 IS "NO" STORE A VALUE OF "88" IN 32 AND SKIP TO 33.*
- *IF RESPONSE TO 12 IS "NINGUNA" STORE A VALUE OF "88" IN 32 AND SKIP TO 33.]*

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
- Mi doctor personal es especialista

ATRAS

SIGUIENTE

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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 33 SKIPS TO 36]*

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de salud

36. En los últimos 6 meses, ¿le dio su plan de salud algún formulario para llenar?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 36 SKIPS TO 38]*

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRAS

SIGUIENTE

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:

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 43 SKIPS TO 45]*

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 45 SKIPS TO 47]*

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRAS

SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

50. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Coreano
- Tagalo
- Vietnamita
- Otro idioma (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

51. En los últimos 6 meses, ¿pasó una noche o más en el hospital?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

52. 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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

53. En los últimos 6 meses, ¿alguna persona de una clínica, una sala de emergencia o un consultorio médico donde recibió atención médica lo trató de manera injusta o insensible por alguno de los siguientes factores sobre usted?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Condición de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cultura o religión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Idioma o acento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Origen racial o étnico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Sexo (Mujer u hombre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Género o identidad de género	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Ingreso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

	<u>S</u>í	<u>N</u>o
a. ¿Un ataque al corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Angina o enfermedad de las arterias del corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Presión arterial alta o la hipertensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Cáncer, <u>aparte de cáncer de la piel</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

55. ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

56. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

57. 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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

58. ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2023?

- Sí
- No
- No sé

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

59. ¿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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

60. ¿Actualmente fuma o usa tabaco todos los días, algunos días, o para nada?

- Todos los días
- Algunos días
- Para nada
- No sé

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "PARA NADA" AT 60 SKIPS TO 62*
- A RESPONSE OF "NO SÉ" AT 60 SKIPS TO 62]*

Acerca de usted

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- IF RESPONSE TO 7 IS "NINGUNA" STORE A VALUE OF "88" IN 61 AND SKIP TO 62.]*

61. 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 persona, por teléfono o por videollamada en los últimos 6 meses

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

62. ¿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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

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

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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

64. ¿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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- 64 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]

Acerca de usted

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

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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

66. ¿Alguna vez usa usted el internet en su hogar?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

67. ¿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

ATRAS

SIGUIENTE

Acerca de usted

68. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 68 SKIPS TO Muchas Gracias]*

Acerca de usted

69. ¿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

ATRAS

SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *69 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY*

Muchas gracias

Ha llegado al final de la encuesta. Si ha terminado de responder las preguntas, haga clic en ENVIAR para cerrar la encuesta. Gracias por su tiempo.

ENVIAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *SUBMIT BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*