

## **APPENDIX B**

### **HCAHPS MAIL SURVEY (Spanish)**

# Encuesta CAHPS<sup>®</sup> Sobre Atención Hospitalaria

## INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo hospitalizado durante la estancia que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ Conteste todas las preguntas 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 la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

Sí

No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 1*

***El número en la carta de presentación de esta encuesta SOLO sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.***

***Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-22 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981***

**Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.**

### **EL CUIDADO QUE RECIBÍ DE LAS ENFERMERAS**

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  Siempre

2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  Siempre

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  A veces

<sup>3</sup>  La mayoría de las veces

<sup>4</sup>  Siempre

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre  
<sup>9</sup>  Nunca usé el botón

### EL CUIDADO QUE RECIBÍ DE LOS DOCTORES

---

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

### EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

---

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

### SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

---

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?

- <sup>1</sup>  Sí  
<sup>2</sup>  No → Si contestó "No", pase a la pregunta 12

11. ¿ Con qué frecuencia, le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  A veces  
<sup>3</sup>  La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>  Siempre

**12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó medicamentos para el dolor?**

- Sí  
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

**13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le controlaban bien el dolor?**

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

**14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia hacía el personal del hospital todo lo que podía para aliviar su dolor?**

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

**15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?**

- Sí  
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 18

**16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para qué era el medicamento?**

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

**17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?**

- Nunca  
 A veces  
 La mayoría de las veces  
 Siempre

### **CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL**

---

**18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?**

- A mi casa  
 A la casa de otra persona  
 A otra institución de salud → Si contestó “Otra”, pase a la pregunta 21

**19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?**

- Sí  
 No

**20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?**

- Sí  
 No

## CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

21. Usando un número del 0 al 10 el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

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

22. ¿Le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- 1 Definitivamente no
- 2 Probablemente no
- 3 Probablemente sí
- 4 Definitivamente sí

## ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

- 1 8 años de escuela o menos
- 2 9-12 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
- 6 Título universitario de más de 4 años

25. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- 1 No, ni hispano ni latino
- 2 Sí, Puertorriqueño
- 3 Sí, Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano
- 4 Sí, Cubano
- 5 Sí, otro hispano/latino

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

- 1  Blanca
- 2  Negra o Afro Americana
- 3  Asiática
- 4  Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- 5  Indígena Americana o Nativa de Alaska

27. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- 1  Inglés
  - 2  Español
  - 3  Algún otro idioma (*Escriba su respuesta usando letra de molde*):
- 

**¡GRACIAS!**

Por favor devuelva el cuestionario cuando lo haya completado en el sobre con el porte o franqueo pagado.

**[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**



# Encuesta CAHPS<sup>®</sup> Sobre Atención Hospitalaria

## INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo hospitalizado durante la estancia que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ Conteste todas las preguntas llenando completamente el círculo 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 la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:
  - Sí
  - No → ***Si contestó "No", pase a la pregunta 1***

***El número en la carta de presentación de esta encuesta SOLO sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.***

***Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-22 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981***

**Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital**

### **EL CUIDADO QUE RECIBÍ DE LAS ENFERMERAS**

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?
- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 La mayoría de las veces
  - 4 Siempre

2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?

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

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?

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

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre
- 90 Nunca usé el botón

### EL CUIDADO QUE RECIBÍÓ DE LOS DOCTORES

---

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

### EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

---

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

### SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

---

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?

- 10 Sí
- 20 No → Si contestó "No", pase a la pregunta 12

11. ¿ Con qué frecuencia, le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

- 10 Nunca
- 20 A veces
- 30 La mayoría de las veces
- 40 Siempre

**12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó medicamentos para el dolor?**

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

**13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le controlaban bien el dolor?**

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

**14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia hacía el personal del hospital todo lo que podía para aliviar su dolor?**

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

**15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?**

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 18

**16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para qué era el medicamento?**

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

**17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?**

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

### **CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL**

---

**18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?**

- A mi casa
- A la casa de otra persona
- A otra institución de salud → Si contestó “Otra”, pase a la pregunta 21

**19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?**

- Sí
- No

**20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?**

- Sí
- No

## CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

---

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en un hospital.

21. Usando un número del 0 al 10 el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- <sup>0</sup>0 0 El peor hospital posible
- <sup>1</sup>0 1
- <sup>2</sup>0 2
- <sup>3</sup>0 3
- <sup>4</sup>0 4
- <sup>5</sup>0 5
- <sup>6</sup>0 6
- <sup>7</sup>0 7
- <sup>8</sup>0 8
- <sup>9</sup>0 9
- <sup>10</sup>0 10 El mejor hospital posible

22. ¿Le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- <sup>1</sup>0 Definitivamente no
- <sup>2</sup>0 Probablemente no
- <sup>3</sup>0 Probablemente sí
- <sup>4</sup>0 Definitivamente sí

## ACERCA DE USTED

---

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

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

- <sup>1</sup>0 Excelente
- <sup>2</sup>0 Muy buena
- <sup>3</sup>0 Buena
- <sup>4</sup>0 Regular
- <sup>5</sup>0 Mala

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

- <sup>1</sup>0 8 años de escuela o menos
- <sup>2</sup>0 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- <sup>3</sup>0 Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
- <sup>4</sup>0 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- <sup>5</sup>0 Título universitario de 4 años
- <sup>6</sup>0 Título universitario de más de 4 años

25. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- <sup>1</sup>0 No, ni hispano ni latino
- <sup>2</sup>0 Sí, Puertorriqueño
- <sup>3</sup>0 Sí, Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano
- <sup>4</sup>0 Sí, Cubano
- <sup>5</sup>0 Sí, otro hispano/latino

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

- Blanca
- Negra o Afro Americana
- Asiática
- Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- Indígena Americana o Nativa de Alaska

27. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- Inglés
  - Español
  - Algún otro idioma (*Escriba su respuesta usando letra de molde*):
- 

---

**¡GRACIAS!**

Por favor devuelva el cuestionario cuando lo haya completado en el sobre con el porte o franqueo pagado.

**[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**



## Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT NAME]:

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en [NAME OF HOSPITAL] y que le dieron de alta el [DATE OF DISCHARGE]. Como usted estuvo hospitalizado recientemente, queremos pedir su ayuda. La encuesta forma parte de un esfuerzo nacional continuo por entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia en el hospital. Los resultados se harán públicos y estarán disponibles por Internet, en [www.hospitalcompare.hhs.gov](http://www.hospitalcompare.hhs.gov). Estos resultados les servirán a los consumidores para tomar decisiones importantes sobre el cuidado que reciben en un hospital y les ayudarán a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Las preguntas 1 a 22 de la encuesta adjunta forman parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos con el fin de medir la calidad de la atención que se presta en hospitales. Su participación es voluntaria y no afectará sus prestaciones de salud.

Esperamos que dedique tiempo a contestar la encuesta. Le agradecemos mucho su participación. Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepagado. Es posible que sus respuestas se envíen al hospital a fin de que éste emprenda tareas de mejoramiento de la calidad. [OPTIONAL: El número en la carta de presentación de esta encuesta SOLO sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.]

Si tiene alguna pregunta, llame gratis al 1-800-xxx-xxxx. Le agradecemos por contribuir a mejorar la atención médica de todos los consumidores.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

*Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.*



## Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]  
[ADDRESS]  
[CITY, STATE ZIP]

Querido/Querida [SAMPLED PATIENT NAME]:

Nuestros registros indican que usted estuvo hospitalizado en [NAME OF HOSPITAL] y que le dieron de alta el [DATE OF DISCHARGE]. Hace aproximadamente tres semanas le enviamos una encuesta sobre su hospitalización. Si ya nos la envió, se lo agradecemos mucho y no tiene que hacer caso de esta carta. Sin embargo, si todavía no ha contestado la encuesta, por favor dedique unos minutos a hacerlo ahora.

Como usted estuvo hospitalizado recientemente, le estamos pidiendo su ayuda. La encuesta forma parte de un esfuerzo nacional continuo por entender el punto de vista de los pacientes respecto a su experiencia en el hospital. Los resultados se harán públicos y estarán disponibles por Internet, en [www.hospitalcompare.hhs.gov](http://www.hospitalcompare.hhs.gov). Estos resultados les servirán a los consumidores para tomar decisiones importantes sobre el cuidado que reciben en un hospital y les ayudarán a los hospitales a mejorar la atención que proveen.

Las preguntas 1 a 22 de la encuesta adjunta forman parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos con el fin de medir la calidad de la atención que se presta en hospitales. Su participación es voluntaria y no afectará sus prestaciones de salud. Por favor dedique unos minutos a contestar la encuesta adjunta. Después de que la haya contestado, devuélvala en el sobre con porte prepagado. Es posible que sus respuestas se envíen al hospital a fin de que éste emprenda tareas de mejoramiento de la calidad. [OPTIONAL: El número en la carta de presentación de esta encuesta SOLO sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.]

Si tiene preguntas, llame gratis al 1-800-xxx-xxxx. Le agradecemos nuevamente por contribuir a mejorar la atención médica de todos los consumidores.

Atentamente,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]  
[HOSPITAL NAME]

*Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only, and Mixed Mode sections, for specific letter guidelines.*



## OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either in the cover letter or on the front or back of the questionnaire. The following is the language that must be used:*

### Spanish Version

“Según la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*) de 1995, no se exige que una persona responda a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB (*Office of Management and Budget*). El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-0981. Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 7 minutos por respuesta para las preguntas 1 a 22 de la encuesta. En este cálculo se incluye el tiempo que la persona tarda en leer las instrucciones, buscar en los recursos existentes de datos, reunir los datos necesarios y llenar y repasar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo de tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.”

