

## CAHPS<sup>®</sup> Encuesta de Hospicio

Por favor conteste las preguntas en esta encuesta sobre la atención que recibió este paciente de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas las preguntas en esta encuesta se tratan sobre las experiencias de este paciente con este hospicio.**

Si desea saber más sobre este estudio, llame a [TOLL FREE NUMBER]. Todas las llamadas son gratis.

OMB#0938-1257

Vence el 31 de diciembre, 2020

# CAHPS® Encuesta de Hospicio

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- ◆ Por favor entréguele esta encuesta a la persona de su hogar que sepa más sobre los cuidados que recibió de este centro la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta.
- ◆ Use un bolígrafo de tinta negra para completar el cuestionario.
- ◆ Marque con una 'X' el cuadrado para indicar su respuesta. Vea el siguiente ejemplo:  
 Sí  
 No
- ◆ 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:  
 Sí → **Si contestó Sí, pase a la Pregunta 1 en la Página 1**  
 No

### EL PACIENTE DEL HOSPICIO

1. ¿Qué relación tiene con usted la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta?

- Es mi esposo/a o pareja
- Es mi padre/madre
- Es mi suegro/a
- Es mi abuelo/a
- Es mi tío/a
- Es mi hermano/a
- Es mi hijo/a
- Es un/a amigo/a
- Otro (por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

2. Para esta encuesta, utilizaremos las palabras “su familiar” para referirnos a la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. ¿En qué lugar o lugares recibió su familiar los cuidados de este hospicio? Marque uno o más.

- En su casa
- En un hogar de asistencia parcial
- En una casa de ancianos y convalecencia
- En un hospital
- En un centro u hogar de hospicio
- Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

---

### SU PAPEL

---

3. Mientras su familiar estuvo bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia supervisó usted o participó en dichos cuidados?

- 1  Nunca → Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 41
- 2  A veces
- 3  La mayoría de las veces
- 4  Siempre

---

### LOS CUIDADOS QUE EL HOSPICIO PROPORCIONÓ A SU FAMILIAR

---

Al responder el resto de las preguntas de esta encuesta, por favor piense sólo en la experiencia de su familiar con el hospicio nombrado en la portada de esta encuesta.

4. Para esta encuesta, el equipo del hospicio incluye a todos los doctores, enfermeras, trabajadores sociales, religiosos y demás personas que le proporcionaron cuidados paliativos a su familiar. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con el equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda para el cuidado de su familiar?

- 1  Sí
- 2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 6

5. ¿Con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo?

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

6. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo de personal del hospicio lo mantuvo a usted informado de cuando iban a llegar a cuidar a su familiar?

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

7. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, cuando usted o un miembro de su familia le pedían ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia obtenían la ayuda tan pronto como la necesitaban?

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

**8. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio explicaba las cosas de un modo fácil de entender?**

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

**9. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio lo mantenía a usted informado sobre el estado de su familiar?**

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

**10. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia alguien del equipo del hospicio le dio a usted informes confusos o contradictorios sobre el estado o los cuidados de su familiar?**

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

**11. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del centro trataba a su familiar con dignidad y respeto?**

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

**12. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia sintió usted que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?**

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

**13. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿habló usted con el equipo del hospicio sobre algún problema relacionado con los cuidados de su familiar?**

- 1  Sí
- 2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 15

**14. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio lo escuchó con atención cuando usted les habló sobre problemas relacionados con los cuidados de su familiar?**

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

15. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿tuvo él/ella algún tipo de dolor?

Sí

No → Si contestó No, pase a la Pregunta 17

16. ¿Recibió su familiar toda la ayuda que necesitaba contra el dolor?

Sí, definitivamente

Sí, más o menos

No

17. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿le dieron a él o a ella algún medicamento contra el dolor?

Sí

No → Si contestó No, pase a la Pregunta 21

18. Entre los efectos secundarios de la medicina contra el dolor está la somnolencia. ¿Algún personal del equipo del hospicio habló con usted o su familiar sobre los efectos secundarios del medicamento contra el dolor?

Sí, definitivamente

Sí, más o menos

No

19. ¿El equipo del hospicio le dio la capacitación que usted necesitaba para saber de qué efectos secundarios del medicamento contra el dolor tenía usted que estar pendiente?

Sí, definitivamente

Sí, más o menos

No

20. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber si había que darle a su familiar más medicamento contra el dolor y, si sí, cuándo dárselo?

Sí, definitivamente

Sí, más o menos

No

No tuve necesidad de dar medicamento para el dolor a mi familiar

21. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?

Sí

No → Si contestó No, pase a la Pregunta 24

22. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para su dificultad para respirar?

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

23. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo ayudar a su familiar si él/ella tenía problemas para respirar?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, más o menos  
3  No  
4  No tuve que ayudar a mi familiar con problemas para respirar

24. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar problemas de estreñimiento?

- 1  Sí  
2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 26

25. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para sus problemas de estreñimiento?

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

26. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿en algún momento él/ella sintió ansiedad o tristeza?

- 1  Sí  
2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 28

27. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió del equipo del hospicio la ayuda que necesitaba para su ansiedad o tristeza?

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

28. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento se puso su familiar inquieto o agitado?

- 1  Sí  
2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 30

29. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber qué hacer si su familiar se ponía inquieto o agitado?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, más o menos  
3  No

30. Mover a su familiar incluye acciones como ayudarlo/a a darse la vuelta en la cama, o meterse y salir de la cama o sentarse y levantarse de una silla de ruedas. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo mover a su familiar de manera segura?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, más o menos  
3  No  
4  No tuve que mover a mi familiar

31. ¿Le dio el equipo del hospicio tanta información como usted quería sobre qué acontecimientos esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, más o menos  
3  No

---

**CUIDADOS DE HOSPICIO  
BRINDADOS EN UN HOGAR DE  
ANCIANOS Y CONVALECENCIA**

---

32. Algunas personas que viven en un hogar de ancianos o de convalecencia reciben allí mismo los cuidados de hospicio que necesitan. ¿Su familiar recibió cuidados paliativos de este hospicio cuando vivía en una casa de convalecencia?

- 1  Sí  
2  No → Si contestó No, pase a la Pregunta 35

33. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio y el personal del hogar de ancianos y convalecencia se pusieron de acuerdo y acoplaron bien para proporcionarle los cuidados a su familiar?

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

34. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia los informes que el personal de la casa de convalecencia le daban sobre su familiar eran diferentes de los informes que le daba el equipo del hospicio?

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

---

**SU PROPIA EXPERIENCIA CON EL  
CENTRO DE HOSPICIO**

---

35. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó a usted con atención?

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

36. Apoyo respecto a sus creencias religiosas o espirituales incluye hablar, rezar, momentos de recogimiento, u otras maneras de satisfacer sus necesidades religiosas o espirituales. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo recibió usted respecto a sus creencias religiosas y espirituales por parte del equipo del hospicio?

- 1  Demasiado poco  
2  Justo el necesario  
3  Demasiado

**37. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió usted del equipo del hospicio?**

- 1 Demasiado poco
- 2 Justo el necesario
- 3 Demasiado

**38. Durante las semanas posteriores a la muerte de su familiar, ¿recibió usted todo el apoyo emocional que usted quería por parte del equipo del hospicio?**

- 1 Demasiado poco
- 2 Justo el necesario
- 3 Demasiado

---

**CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS CUIDADOS DEL HOSPICIO**

---

**39. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre los cuidados paliativos que recibió su familiar por parte del hospicio cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta. No incluya en sus respuestas cuidados proporcionados por otros centros.**

**Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo los peores cuidados de hospicio posibles y 10 los mejores cuidados paliativos posibles de un hospicio, ¿qué número usaría para calificar los cuidados que recibió su familiar por parte de este hospicio?**

- 0 Los peores cuidados posibles de un hospicio
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Los mejores cuidados posibles de un hospicio

**40. ¿Le recomendaría este hospicio a sus amigos y familiares?**

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

---

**SOBRE SU FAMILIAR**

---



41. **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado su familiar?**

- 1  8 años de escuela o menos
- 2  Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- 3  Graduado de escuela de secundaria, o diploma de la secundaria, 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
- 7  No sé

42. **¿Su familiar es de origen hispano, latino o español?**

- 1  No, ni hispano, ni latino, ni español
- 2  Sí, puertorriqueño
- 3  Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- 4  Sí, cubano
- 5  Sí, de otro origen hispano, latino o español

43. **¿A qué raza pertenece su familiar? Marque una o más.**

- 1  Blanca
- 2  Negra o afroamericana
- 3  Asiática
- 4  Nativa de Hawái u otras Islas del Pacífico
- 5  Indígena americana o nativa de Alaska

---

**SOBRE USTED**

---

44. **¿Qué edad tiene usted?**

- 1  de 18 a 24 años
- 2  de 25 a 34 años
- 3  de 35 a 44 años
- 4  de 45 a 54 años
- 5  de 55 a 64 años
- 6  de 65 a 74 años
- 7  de 75 a 84 años
- 8  85 años o más

45. **¿Es usted hombre o mujer?**

- 1  Hombre
- 2  Mujer

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

- 1  8 años de escuela o menos
- 2  Estudios de escuela secundario, pero sin graduarse
- 3  Graduado de escuela de secundaria o diploma de la secundaria, 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

47. ¿En qué idioma habla usted principalmente en casa?

- 1  Inglés
- 2  Español
- 3  Chino
- 4  Ruso
- 5  Portugués
- 6  Vietnamita
- 7  Polaco
- 8  Coreano
- 9  Otro idioma (Por favor imprima):

\_\_\_\_\_

---

**GRACIAS**

**Por favor regrese la encuesta completa en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**

## CAHPS<sup>®</sup> Encuesta de Hospicio

Por favor conteste las preguntas en esta encuesta sobre la atención que recibió este paciente de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas las preguntas en esta encuesta se tratan sobre las experiencias de este paciente con este hospicio.**

Si desea saber más sobre este estudio, llama a [TOLL FREE NUMBER]. Todas las llamadas son gratis.

OMB#0938-1257

Vence el 31 de diciembre, 2020

# CAHPS® Encuesta de Hospicio

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- ◆ Por favor entréguele esta encuesta a la persona de su hogar que sepa más sobre los cuidados que recibió de este centro la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta.
- ◆ Use un bolígrafo de tinta negra para completar el cuestionario.
- ◆ Conteste todas las preguntas y llene completamente el círculo que aparece a la izquierda de la respuesta que usted seleccione.

Sí  
 No

- ◆ 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:

Sí → **Si contestó Sí, pase a la Pregunta 1 en la Página 1**  
 No

### EL PACIENTE DEL HOSPICIO

1. ¿Qué relación tiene con usted la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta?

- 10 Es mi esposo/a o pareja  
 20 Es mi padre/madre  
 30 Es mi suegro/a  
 40 Es mi abuelo/a  
 50 Es mi tío/a  
 60 Es mi hermano/a  
 70 Es mi hijo/a  
 80 Es un/a amigo/a  
 90 Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

2. Para esta encuesta, utilizaremos las palabras “su familiar” para referirnos a la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. ¿En qué lugar o lugares recibió su familiar los cuidados de este hospicio? Marque uno o más.

- 10 En su casa  
 20 En un hogar de asistencia parcial  
 30 En una casa de ancianos y convalecencia  
 40 En un hospital  
 50 En un centro u hogar de hospicio  
 60 Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

---

### SU PAPEL

---

3. Mientras su familiar estuvo bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia supervisó usted o participó en dichos cuidados?

<sup>1</sup>0 Nunca → Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 41

<sup>2</sup>0 A veces

<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces

<sup>4</sup>0 Siempre

---

### LOS CUIDADOS QUE EL HOSPICIO PROPORCIONÓ A SU FAMILIAR

---

Al responder el resto de las preguntas de esta encuesta, por favor piense sólo en la experiencia de su familiar con el hospicio nombrado en la portada de esta encuesta.

4. Para esta encuesta, el equipo del hospicio incluye a todos los doctores, enfermeras, trabajadores sociales, religiosos y demás personas que le proporcionaron cuidados paliativos a su familiar. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con el equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda para el cuidado de su familiar?

<sup>1</sup>0 Sí

<sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 6

5. ¿Con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo?

<sup>1</sup>0 Nunca

<sup>2</sup>0 A veces

<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces

<sup>4</sup>0 Siempre

6. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo de personal del hospicio lo mantuvo a usted informado de cuando iban a llegar a cuidar a su familiar?

<sup>1</sup>0 Nunca

<sup>2</sup>0 A veces

<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces

<sup>4</sup>0 Siempre

7. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, cuando usted o un miembro de su familia le pedían ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia obtenían la ayuda tan pronto como la necesitaban?

<sup>1</sup>0 Nunca

<sup>2</sup>0 A veces

<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces

<sup>4</sup>0 Siempre

**8. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio explicaba las cosas de un modo fácil de entender?**

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

**9. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio lo mantenía a usted informado sobre el estado de su familiar?**

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

**10. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia alguien del equipo del hospicio le dio a usted informes confusos o contradictorios sobre el estado o los cuidados de su familiar?**

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

**11. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del centro trataba a su familiar con dignidad y respeto?**

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

**12. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia sintió usted que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?**

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

**13. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿habló usted con el equipo del hospicio sobre algún problema relacionado con los cuidados de su familiar?**

- 10 Sí
- 20 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 15

**14. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio lo escuchó con atención cuando usted les habló sobre problemas relacionados con los cuidados de su familiar?**

- <sup>1</sup>0 Nunca
- <sup>2</sup>0 A veces
- <sup>3</sup>0 La mayoría de las veces
- <sup>4</sup>0 Siempre

**15. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿tuvo él/ella algún tipo de dolor?**

- <sup>1</sup>0 Sí
- <sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 17

**16. ¿Recibió su familiar toda la ayuda que necesitaba contra el dolor?**

- <sup>1</sup>0 Sí, definitivamente
- <sup>2</sup>0 Sí, más o menos
- <sup>3</sup>0 No

**17. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿le dieron a él o a ella algún medicamento contra el dolor?**

- <sup>1</sup>0 Sí
- <sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 21

**18. Entre los efectos secundarios de la medicina contra el dolor está la somnolencia. ¿Algún personal del equipo del hospicio habló con usted o su familiar sobre los efectos secundarios del medicamento contra el dolor?**

- <sup>1</sup>0 Sí, definitivamente
- <sup>2</sup>0 Sí, más o menos
- <sup>3</sup>0 No

**19. ¿El equipo del hospicio le dio la capacitación que usted necesitaba para saber de qué efectos secundarios del medicamento contra el dolor tenía usted que estar pendiente?**

- <sup>1</sup>0 Sí, definitivamente
- <sup>2</sup>0 Sí, más o menos
- <sup>3</sup>0 No

**20. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber si había que darle a su familiar más medicamento contra el dolor y, si sí, cuándo dárselo?**

- <sup>1</sup>0 Sí, definitivamente
- <sup>2</sup>0 Sí, más o menos
- <sup>3</sup>0 No
- <sup>4</sup>0 No tuve necesidad de dar medicamento para el dolor a mi familiar

21. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?
- <sup>1</sup>0 Sí  
<sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 24
22. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para su dificultad para respirar?
- <sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre
23. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo ayudar a su familiar si él/ella tenía problemas para respirar?
- <sup>1</sup>0 Sí, definitivamente  
<sup>2</sup>0 Sí, más o menos  
<sup>3</sup>0 No  
<sup>4</sup>0 No tuve que ayudar a mi familiar con problemas para respirar
24. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar problemas de estreñimiento?
- <sup>1</sup>0 Sí  
<sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 26

25. Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para sus problemas de estreñimiento?
- <sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre
26. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿en algún momento él/ella sintió ansiedad o tristeza?
- <sup>1</sup>0 Sí  
<sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 28
27. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió del equipo del hospicio la ayuda que necesitaba para su ansiedad o tristeza?
- <sup>1</sup>0 Nunca  
<sup>2</sup>0 A veces  
<sup>3</sup>0 La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>0 Siempre
28. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento se puso su familiar inquieto o agitado?
- <sup>1</sup>0 Sí  
<sup>2</sup>0 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 30



29. **¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber qué hacer si su familiar se ponía inquieto o agitado?**
- 10 Sí, definitivamente  
20 Sí, más o menos  
30 No
30. **Mover a su familiar incluye acciones como ayudarlo/a a darse la vuelta en la cama, o meterse y salir de la cama o sentarse y levantarse de una silla de ruedas. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo mover a su familiar de manera segura?**
- 10 Sí, definitivamente  
20 Sí, más o menos  
30 No  
40 No tuve que mover a mi familiar
31. **¿Le dio el equipo del hospicio tanta información como usted quería sobre qué acontecimientos esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?**
- 10 Sí, definitivamente  
20 Sí, más o menos  
30 No

---

**CUIDADOS DE HOSPICIO  
BRINDADOS EN UN HOGAR DE  
ANCIANOS Y CONVALECENCIA**

---

32. **Algunas personas que viven en un hogar de ancianos o de convalecencia reciben allí mismo los cuidados de hospicio que necesitan. ¿Su familiar recibió cuidados paliativos de este hospicio cuando vivía en una casa de convalecencia?**
- 10 Sí  
20 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 35
33. **Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio y el personal del hogar de ancianos y convalecencia se pusieron de acuerdo y acoplaron bien para proporcionarle los cuidados a su familiar?**
- 10 Nunca  
20 A veces  
30 La mayoría de las veces  
40 Siempre
34. **Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia los informes que el personal de la casa de convalecencia le daban sobre su familiar eran diferentes de los informes que le daba el equipo del hospicio?**
- 10 Nunca  
20 A veces  
30 La mayoría de las veces  
40 Siempre

---

**SU PROPIA EXPERIENCIA CON EL CENTRO DE HOSPICIO**

---

**35. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó a usted con atención?**

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

**36. Apoyo respecto a sus creencias religiosas o espirituales incluye hablar, rezar, momentos de recogimiento, u otras maneras de satisfacer sus necesidades religiosas o espirituales. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo recibió usted respecto a sus creencias religiosas y espirituales por parte del equipo del hospicio?**

- 10** Demasiado poco
- 20** Justo el necesario
- 30** Demasiado

**37. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió usted del equipo del hospicio?**

- 10** Demasiado poco
- 20** Justo el necesario
- 30** Demasiado

**38. Durante las semanas posteriores a la muerte de su familiar, ¿recibió usted todo el apoyo emocional que usted quería por parte del equipo del hospicio?**

- 10** Demasiado poco
- 20** Justo el necesario
- 30** Demasiado

---

**CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS CUIDADOS DEL HOSPICIO**

---

**39. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre los cuidados paliativos que recibió su familiar por parte del hospicio cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta. No incluya en sus respuestas cuidados proporcionados por otros centros.**

**Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo los peores cuidados de hospicio posibles y 10 los mejores cuidados paliativos posibles de un hospicio, ¿qué número usaría para calificar los cuidados que recibió su familiar por parte de este hospicio?**

- 00** 0 Los peores cuidados posibles de un hospicio
- 10** 1
- 20** 2
- 30** 3
- 40** 4
- 50** 5
- 60** 6
- 70** 7
- 80** 8
- 90** 9
- 100** 10 Los mejores cuidados posibles de un hospicio

40. ¿Le recomendaría este hospicio a sus amigos y familiares?

- 10 Definitivamente no
- 20 Probablemente no
- 30 Probablemente sí
- 40 Definitivamente sí

---

**SOBRE SU FAMILIAR**

---

41. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado su familiar?

- 10 8 años de escuela o menos
- 20 Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- 30 Graduado de escuela de secundaria, o diploma de la secundaria, o su equivalente (o GED)
- 40 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 50 Título universitario de 4 años
- 60 Título universitario de más de 4 años
- 70 No sé

42. ¿Su familiar es de origen hispano, latino o español?

- 10 No, ni hispano, ni latino, ni español
- 20 Sí, puertorriqueño
- 30 Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- 40 Sí, cubano
- 50 Sí, de otro origen hispano, latino o español

43. ¿A qué raza pertenece su familiar? Marque una o más.

- 10 Blanca
- 20 Negra o afroamericana
- 30 Asiática
- 40 Nativa de Hawái u otras Islas del Pacífico
- 50 Indígena americana o nativa de Alaska

---

**SOBRE USTED**

---

44. ¿Qué edad tiene usted?

- 10 de 18 a 24 años
- 20 de 25 a 34 años
- 30 de 35 a 44 años
- 40 de 45 a 54 años
- 50 de 55 a 64 años
- 60 de 65 a 74 años
- 70 de 75 a 84 años
- 80 85 años o más

45. ¿Es usted hombre o mujer?

- 10 Hombre
- 20 Mujer

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

- 10 8 años de escuela o menos
- 20 Estudios de escuela secundario, pero sin graduarse
- 30 Graduado de escuela de secundaria o diploma de la secundaria), o su equivalente (o GED)
- 40 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 50 Título universitario de 4 años
- 60 Título universitario de más de 4 años

**47. ¿En qué idioma habla usted principalmente en casa?**

- 10 Inglés
- 20 Español
- 30 Chino
- 40 Ruso
- 50 Portugués
- 60 Vietnamita
- 70 Polaco
- 80 Coreano
- 90 Otro idioma (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

---

**GRACIAS**

**Por favor regrese la encuesta completa en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**

## CAHPS® Encuesta de Hospicio

Por favor conteste las preguntas en esta encuesta sobre la atención que recibió este paciente de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas las preguntas en esta encuesta se tratan sobre las experiencias de este paciente con este hospicio.**

Si desea saber más sobre este estudio, llame a [TOLL FREE NUMBER]. Todas las llamadas son gratis.

OMB#0938-1257

Vence el 31 de diciembre, 2020

# CAHPS® Encuesta de Hospicio

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- ◆ Por favor entréguele esta encuesta a la persona de su hogar que sepa más sobre los cuidados que recibió de este centro la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta.
- ◆ Use un bolígrafo de tinta negra para completar el cuestionario.
- ◆ Conteste todas las preguntas y llene completamente el círculo que aparece a la izquierda de la respuesta que usted seleccione.
  - Sí
  - No
- ◆ 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:
  - Sí → **Si contestó Sí, pase a la Pregunta 1 en la Página 1**
  - No

### EL PACIENTE DEL HOSPICIO

1. ¿Qué relación tiene con usted la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta?

- <sup>1</sup> Es mi esposo/a o pareja
- <sup>2</sup> Es mi padre/madre
- <sup>3</sup> Es mi suegro/a
- <sup>4</sup> Es mi abuelo/a
- <sup>5</sup> Es mi tío/a
- <sup>6</sup> Es mi hermano/a
- <sup>7</sup> Es mi hijo/a
- <sup>8</sup> Es un/a amigo/a
- <sup>9</sup> Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

2. Para esta encuesta, utilizaremos las palabras “su familiar” para referirnos a la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. ¿En qué lugar o lugares recibió su familiar los cuidados de este hospicio? Marque uno o más.

- <sup>1</sup> En su casa
- <sup>2</sup> En un hogar de asistencia parcial
- <sup>3</sup> En una casa de ancianos y convalecencia
- <sup>4</sup> En un hospital
- <sup>5</sup> En un centro u hogar de hospicio
- <sup>6</sup> Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

---

### SU PAPEL

---

3. Mientras su familiar estuvo bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia supervisó usted o participó en dichos cuidados?
- 1O Nunca → Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 41
  - 2O A veces
  - 3O La mayoría de las veces
  - 4O Siempre

---

### LOS CUIDADOS QUE EL HOSPICIO PROPORCIONÓ A SU FAMILIAR

---

Al responder el resto de las preguntas de esta encuesta, por favor piense sólo en la experiencia de su familiar con el hospicio nombrado en la portada de esta encuesta.

4. Para esta encuesta, el equipo del hospicio incluye a todos los doctores, enfermeras, trabajadores sociales, religiosos y demás personas que le proporcionaron cuidados paliativos a su familiar. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con el equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda para el cuidado de su familiar?
- 1O Sí
  - 2O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 6

5. ¿Con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo?
- 1O Nunca
  - 2O A veces
  - 3O La mayoría de las veces
  - 4O Siempre
6. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo de personal del hospicio lo mantuvo a usted informado de cuando iban a llegar a cuidar a su familiar?
- 1O Nunca
  - 2O A veces
  - 3O La mayoría de las veces
  - 4O Siempre
7. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, cuando usted o un miembro de su familia le pedían ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia obtenían la ayuda tan pronto como la necesitaban?
- 1O Nunca
  - 2O A veces
  - 3O La mayoría de las veces
  - 4O Siempre
8. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio explicaba las cosas de un modo fácil de entender?
- 1O Nunca
  - 2O A veces
  - 3O La mayoría de las veces
  - 4O Siempre

9. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio lo mantenía a usted informado sobre el estado de su familiar?
- <sup>1</sup>O Nunca
  - <sup>2</sup>O A veces
  - <sup>3</sup>O La mayoría de las veces
  - <sup>4</sup>O Siempre
10. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia alguien del equipo del hospicio le dio a usted informes confusos o contradictorios sobre el estado o los cuidados de su familiar?
- <sup>1</sup>O Nunca
  - <sup>2</sup>O A veces
  - <sup>3</sup>O La mayoría de las veces
  - <sup>4</sup>O Siempre
11. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del centro trataba a su familiar con dignidad y respeto?
- <sup>1</sup>O Nunca
  - <sup>2</sup>O A veces
  - <sup>3</sup>O La mayoría de las veces
  - <sup>4</sup>O Siempre
12. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia sintió usted que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?
- <sup>1</sup>O Nunca
  - <sup>2</sup>O A veces
  - <sup>3</sup>O La mayoría de las veces
  - <sup>4</sup>O Siempre

13. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿habló usted con el equipo del hospicio sobre algún problema relacionado con los cuidados de su familiar?
- <sup>1</sup>O Sí
  - <sup>2</sup>O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 15
14. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio lo escuchó con atención cuando usted les habló sobre problemas relacionados con los cuidados de su familiar?
- <sup>1</sup>O Nunca
  - <sup>2</sup>O A veces
  - <sup>3</sup>O La mayoría de las veces
  - <sup>4</sup>O Siempre
15. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿tuvo él/ella algún tipo de dolor?
- <sup>1</sup>O Sí
  - <sup>2</sup>O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 17
16. ¿Recibió su familiar toda la ayuda que necesitaba contra el dolor?
- <sup>1</sup>O Sí, definitivamente
  - <sup>2</sup>O Sí, más o menos
  - <sup>3</sup>O No
17. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿le dieron a él o a ella algún medicamento contra el dolor?
- <sup>1</sup>O Sí
  - <sup>2</sup>O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 21



**18. Entre los efectos secundarios de la medicina contra el dolor está la somnolencia. ¿Algún personal del equipo del hospicio habló con usted o su familiar sobre los efectos secundarios del medicamento contra el dolor?**

- <sup>1</sup> Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> Sí, más o menos
- <sup>3</sup> No

**19. ¿El equipo del hospicio le dio la capacitación que usted necesitaba para saber de qué efectos secundarios del medicamento contra el dolor tenía usted que estar pendiente?**

- <sup>1</sup> Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> Sí, más o menos
- <sup>3</sup> No

**20. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber si había que darle a su familiar más medicamento contra el dolor y, si sí, cuándo dárselo?**

- <sup>1</sup> Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> Sí, más o menos
- <sup>3</sup> No
- <sup>4</sup> No tuve necesidad de dar medicamento para el dolor a mi familiar

**21. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?**

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No → Si contestó No, pase a la Pregunta 24

**22. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para su dificultad para respirar?**

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

**23. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo ayudar a su familiar si él/ella tenía problemas para respirar?**

- <sup>1</sup> Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> Sí, más o menos
- <sup>3</sup> No
- <sup>4</sup> No tuve que ayudar a mi familiar con problemas para respirar

**24. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar problemas de estreñimiento?**

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No → Si contestó No, pase a la Pregunta 26

25. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para sus problemas de estreñimiento?

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

26. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿en algún momento él/ella sintió ansiedad o tristeza?

- 1O Sí
- 2O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 28

27. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió del equipo del hospicio la ayuda que necesitaba para su ansiedad o tristeza?

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

28. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento se puso su familiar inquieto o agitado?

- 1O Sí
- 2O No → Si contestó No, pase a la Pregunta 30

29. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber qué hacer si su familiar se ponía inquieto o agitado?

- 1O Sí, definitivamente
- 2O Sí, más o menos
- 3O No

30. Mover a su familiar incluye acciones como ayudarlo/a a darse la vuelta en la cama, o meterse y salir de la cama o sentarse y levantarse de una silla de ruedas. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo mover a su familiar de manera segura?

- 1O Sí, definitivamente
- 2O Sí, más o menos
- 3O No
- 4O No tuve que mover a mi familiar

31. ¿Le dio el equipo del hospicio tanta información como usted quería sobre qué acontecimientos esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?

- 1O Sí, definitivamente
- 2O Sí, más o menos
- 3O No

---

**CUIDADOS DE HOSPICIO  
BRINDADOS EN UN HOGAR DE  
ANCIANOS Y CONVALECENCIA**

---

32. Algunas personas que viven en un hogar de ancianos o de convalecencia reciben allí mismo los cuidados de hospicio que necesitan. ¿Su familiar recibió cuidados paliativos de este hospicio cuando vivía en una casa de convalecencia?
- 1 Sí  
 2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 35
33. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio y el personal del hogar de ancianos y convalecencia se pusieron de acuerdo y acoplaron bien para proporcionarle los cuidados a su familiar?
- 1 Nunca  
 2 A veces  
 3 La mayoría de las veces  
 4 Siempre
34. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia los informes que el personal de la casa de convalecencia le daban sobre su familiar eran diferentes de los informes que le daba el equipo del hospicio?
- 1 Nunca  
 2 A veces  
 3 La mayoría de las veces  
 4 Siempre

---

**SU PROPIA EXPERIENCIA CON EL  
CENTRO DE HOSPICIO**

---

35. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó a usted con atención?
- 1 Nunca  
 2 A veces  
 3 La mayoría de las veces  
 4 Siempre
36. Apoyo respecto a sus creencias religiosas o espirituales incluye hablar, rezar, momentos de recogimiento, u otras maneras de satisfacer sus necesidades religiosas o espirituales. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo recibió usted respecto a sus creencias religiosas y espirituales por parte del equipo del hospicio?
- 1 Demasiado poco  
 2 Justo el necesario  
 3 Demasiado
37. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió usted del equipo del hospicio?
- 1 Demasiado poco  
 2 Justo el necesario  
 3 Demasiado

38. Durante las semanas posteriores a la muerte de su familiar, ¿recibió usted todo el apoyo emocional que usted quería por parte del equipo del hospicio?

- 1 Demasiado poco
- 2 Justo el necesario
- 3 Demasiado

---

**CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS CUIDADOS DEL HOSPICIO**

---

39. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre los cuidados paliativos que recibió su familiar por parte del hospicio cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta. No incluya en sus respuestas cuidados proporcionados por otros centros.

Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo los peores cuidados de hospicio posibles y 10 los mejores cuidados paliativos posibles de un hospicio, ¿qué número usaría para calificar los cuidados que recibió su familiar por parte de este hospicio?

- 0 0 Los peores cuidados posibles de un hospicio
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 Los mejores cuidados posibles de un hospicio

40. ¿Le recomendaría este hospicio a sus amigos y familiares?

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

---

**SOBRE SU FAMILIAR**

---

41. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado su familiar?

- 1 8 años de escuela o menos
- 2 Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- 3 Graduado de escuela de secundaria, o diploma de la secundaria, 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
- 7 No sé

42. ¿Su familiar es de origen hispano, latino o español?

- 1 No, ni hispano, ni latino, ni español
- 2 Sí, puertorriqueño
- 3 Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- 4 Sí, cubano
- 5 Sí, de otro origen hispano, latino o español

43. ¿A qué raza pertenece su familiar? Marque una o más.

- 1O Blanca
- 2O Negra o afroamericana
- 3O Asiática
- 4O Nativa de Hawái u otras Islas del Pacífico
- 5O Indígena americana o nativa de Alaska

---

**SOBRE USTED**

---

44. ¿Qué edad tiene usted?

- 1O de 18 a 24 años
- 2O de 25 a 34 años
- 3O de 35 a 44 años
- 4O de 45 a 54 años
- 5O de 55 a 64 años
- 6O de 65 a 74 años
- 7O de 75 a 84 años
- 8O 85 años o más

45. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1O Hombre
- 2O Mujer

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

- 1O 8 años de escuela o menos
- 2O Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- 3O Graduado de escuela de secundaria o diploma de la secundaria), o su equivalente (o GED)
- 4O Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 5O Título universitario de 4 años
- 6O Título universitario de más de 4 años

47. ¿En qué idioma habla usted principalmente en casa?

- 1O Inglés
- 2O Español
- 3O Chino
- 4O Ruso
- 5O Portugués
- 6O Vietnamita
- 7O Polaco
- 8O Coreano
- 9O Otro idioma (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

---

**GRACIAS**

Por favor regrese la encuesta completa en el sobre con el porte o franqueo pagado.

[NAME OF SURVEY VENDOR]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]



## **Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey**

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

[HOSPICE NAME] está llevando a cabo una encuesta sobre los servicios de cuidados paliativos que los pacientes y sus familias reciben. Se le ha seleccionado a usted para este estudio porque ha sido identificado como la persona encargada del cuidado de [DECEDENT NAME].

Entendemos que éste debe de ser un momento difícil para usted, pero esperamos que pueda ayudarnos a conocer la calidad de la atención que usted y su familiar o amigo recibieron del hospicio.

Las preguntas [NOTE THE QUESTION NUMBERS] del cuestionario adjunto son parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos para evaluar la calidad de la atención de los hospicios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que es una parte del HHS, está realizando esta encuesta con el fin de mejorar los cuidados paliativos. El CMS paga la mayoría de los cuidados paliativos de los EE.UU. El CMS tiene la responsabilidad de garantizar que los pacientes de los hospicios así como los miembros de su familia y amigos reciban atención de alta calidad. Una de las maneras en que puede cumplir con esta responsabilidad es enterarse directamente por usted de la calidad de los cuidados paliativos que recibió su familiar o amigo. Su participación es voluntaria y no afectará los beneficios o la atención médica que usted recibe.

Esperamos que se tome el tiempo para contestar la encuesta. Después de haber llenado la encuesta, por favor envíela en el sobre con el porte o franqueo pagado. Sus respuestas se compartirán con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. [OPTIONAL: Podrá ver que hay un número en la encuesta. Ese número sirve para que sepamos si usted devolvió la encuesta y así no tengamos que enviarle recordatorios.]

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, no dude en llamarnos a nuestro número gratuito 1-800-XXX-XXXX.

Gracias por ayudar a mejorar los cuidados paliativos para todos los consumidores.

Atentamente,

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]





## **Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey**

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

Nuestros registros indican que recientemente usted fue una de las personas encargadas del cuidado de [DECEDENT NAME] en [NAME OF HOSPICE]. Hace aproximadamente tres semanas, le enviamos una encuesta sobre la atención que usted y su familiar o amigo recibieron en ese hospicio. Si ya nos devolvió la encuesta, por favor acepte nuestras disculpas y haga caso omiso de esta carta. Si no lo ha hecho ya, le agradeceríamos que se tomara el tiempo de contestar este importante cuestionario.

Esperamos que usted aproveche esta oportunidad para ayudarnos a saber qué calidad de atención recibió su familiar o amigo. Los resultados de esta encuesta se utilizarán para ayudar a garantizar que todos los estadounidenses reciban la más alta calidad de cuidados paliativos.

Las preguntas [NOTE THE QUESTION NUMBERS] del cuestionario adjunto son parte de una iniciativa nacional patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos para evaluar la calidad de la atención de los hospicios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que es una parte del HHS, está realizando esta encuesta con el fin de mejorar los cuidados paliativos. El CMS paga la mayoría de los cuidados paliativos de los EE.UU. El CMS tiene la responsabilidad de garantizar que los pacientes de los hospicios así como los miembros de su familia y amigos reciban atención de alta calidad. Una de las maneras en que puede cumplir con esta responsabilidad es enterarse directamente por usted de la calidad de los cuidados paliativos que recibió su familiar o amigo. Su participación es voluntaria y no afectará los beneficios o la atención médica que usted recibe.

Por favor, tómese unos minutos para contestar la encuesta adjunta. Después de haber llenado la encuesta, por favor envíela en el sobre con el porte o franqueo pagado. Sus respuestas se compartirán con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. [OPTIONAL: Podrá ver que hay un número en la encuesta. Ese número sirve para que sepamos si usted devolvió la encuesta y así no tengamos que enviarle recordatorios.]

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta adjunta, no dude en llamarnos a nuestro número gratuito 1-800-XXX-XXXX.

Gracias por ayudar a mejorar los cuidados paliativos para todos los consumidores.

Atentamente,

[HOSPICE ADMINISTRATOR]

[HOSPICE NAME]



## OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must appear in the mailing, either on the cover letter or on the front or back of the questionnaire. In addition, the OMB control number must appear on the front page 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. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1257 (Vence el 31 de diciembre, 2020). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 11 minutos para las preguntas 1 – 40, al igual que las preguntas Sobre Sue Familiar y Sobre Usted 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.”

