

Appendix P

Mail Survey Materials (Spanish)

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Encuesta de Hospicio

Por favor responda las preguntas de la encuesta acerca de la atención que recibió el paciente nombrado en la carta de presentación de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

Todas las preguntas en esta encuesta tratarán acerca de las experiencias con este hospicio.

Si desea saber más acerca de esta encuesta, llame al [TOLL FREE NUMBER]. Todas las llamadas a este número son gratis.

OMB # 0938-1257

Vence el 30 de noviembre, 2027

¿Quién deberá responder la encuesta?

- ◆ La persona de su hogar que sepa más acerca del cuidado de hospicio que recibió el paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta.

Cómo responder la encuesta

- ◆ Use un bolígrafo de color oscuro.
- ◆ Escriba una X dentro del cuadrado para indicar su respuesta, así:
 - Sí
 - No
- ◆ A veces se le pedirá que se salte algunas preguntas. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indicará a qué pregunta hay que pasar, así:
 - Sí → **Si contestó Sí, pase a la Pregunta 1**
 - No

Es posible que usted note un número en la encuesta. Este número se utiliza para indicarnos si devolvió su encuesta, con el fin de que no tengamos que enviarle recordatorios.

El paciente del hospicio

1. ¿Cuál es su relación con el paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta?

1 Mi esposo/a o pareja

2 Mi padre/madre

3 Mi suegro/a

4 Mi abuelo/a

5 Mi tío/a

6 Mi hermano/a

7 Mi hijo/a

8 Mi amigo/a

9 Otro (por favor imprima):

2. En esta encuesta, las palabras "su familiar" se refieren al paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta.

¿En qué lugar o lugares recibió su familiar cuidados de este hospicio? Marque una o más.

1 En su casa o en casa de otra persona

2 En un hogar de asistencia parcial (*Assisted living facility*)

3 En una casa de ancianos y convalecencia (*Nursing home*)

4 Hospital

5 En un centro u hogar de hospicio

6 Otro (por favor imprima):

Su papel

3. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿con qué frecuencia participó o supervisó usted en sus cuidados?

1 Nunca → Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 32

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

El cuidado de hospicio de su familiar

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

4. En esta encuesta, el equipo del hospicio significa todas las enfermeras, doctores, trabajadores sociales, religiosos y cualquier otro personal que dieron cuidados de hospicio a su familiar.

Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con algún miembro del equipo del hospicio durante la noche, los fines de semana o los días festivos porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda?

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, los fines de semana o los días festivos?**

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

6. **¿Con qué frecuencia le avisó el equipo del hospicio cuando iban a llegar para cuidar a su familiar?**

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

7. **Cuando usted o su familiar pidieron ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia recibieron la ayuda tan pronto como la necesitaban?**

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

8. **¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le explicaba las cosas de una manera fácil de entender?**

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

9. **¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le mantuvo informado acerca del estado de su familiar?**

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

10. **¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio trataba a su familiar con dignidad y respeto?**

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

11. **¿Con qué frecuencia sintió que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?**

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

12. **¿El equipo del hospicio dio cuidado que respetaban los deseos de su familiar?**

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

13. **¿El equipo del hospicio hizo un esfuerzo para escuchar las cosas que eran más importantes para usted o su familiar?**

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

14. ¿Habló con el equipo del hospicio acerca de algún problema con el cuidado de su familiar?

1 Sí

2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 16

15. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó atentamente cuando usted le habló acerca de los problemas con el cuidado de su familiar?

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

16. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo algún tipo de dolor?

1 Sí

2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 18

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

1 Sí, definitivamente

2 Sí, más o menos

3 No

18. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿alguna vez tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?

1 Sí

2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 20

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

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

20. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿tuvo alguna vez problemas de estreñimiento?

1 Sí

2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 22

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

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

22. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿alguna vez, mostró su familiar ansiedad o tristeza?

1 Sí

2 No → Si contestó No, pase a la Pregunta 24

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

1 Nunca

2 A veces

3 La mayoría de las veces

4 Siempre

Su propia experiencia con el hospicio

24. Los equipos del hospicio pueden enseñarle cómo cuidar a familiares que necesitan medicinas para el dolor, tienen dificultades para respirar, están inquietos o agitados, o tienen otras necesidades de cuidado.

¿El equipo del hospicio le enseñó cómo atender a su familiar?

- 1 Sí, definitivamente
2 Sí, más o menos
3 No
4 No necesité esta enseñanza

25. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó atentamente a usted?

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

26. ¿El equipo del hospicio le dio toda la información que usted quería acerca de qué esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?

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

27. El apoyo para las creencias religiosas, espirituales o culturales pueden incluir hablar, rezar, tiempo en silencio o respetar tradiciones.

Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿cuánto apoyo recibió del equipo del hospicio para sus creencias religiosas, espirituales o culturales?

- 1 Muy poco
2 Justo el necesario
3 Demasiado

28. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió del equipo del hospicio?

- 1 Muy poco
2 Justo el necesario
3 Demasiado

29. En las semanas después de la muerte de su familiar, ¿cuánto apoyo emocional recibió del equipo del hospicio?

- 1 Muy poco
2 Justo el necesario
3 Demasiado

Calificación general de los cuidados del hospicio

30. Por favor, responda las siguientes preguntas acerca del hospicio nombrado en la portada de la encuesta. No incluya cuidados de otros hospicios en sus respuestas.

Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor cuidado de hospicio posible y 10 el mejor cuidado de hospicio posible, ¿qué número usaría para calificar el cuidado que recibió su familiar de este hospicio?

- 0 Peor cuidado de hospicio posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor cuidado de hospicio posible

31. ¿Recomendaría este hospicio a sus amistades y familiares?

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

Acerca de su familiar

32. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que completó su familiar?

- 1 8 años de escuela o menos
- 2 9 a 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 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

33. ¿Su familiar era de ascendencia u origen hispano, latino o español?

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

34. ¿A qué raza perteneció su familiar? Marque una o más.

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

Acerca de usted

35. ¿Qué edad tiene usted?

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

36. ¿Es usted hombre o mujer?

- 1 Hombre
- 2 Mujer

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

- 1 8 años de escuela o menos
- 2 9 a 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 título universitario de un programa de 2 años
- 5 Título universitario de 4 años
- 6 Título universitario de más de 4 años

38. ¿Qué idioma habla 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

COMPANY
Attn: NAME
STREET
CITY, STATE ZIP

Las preguntas 1 a 38 de esta encuesta son obras del gobierno de los Estados Unidos y son de dominio público y, por lo tanto, NO están sujetas a las leyes de los derechos de autor de los Estados Unidos.

Encuesta de Hospicio

Alternative survey instructions for use with a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

Por favor responda las preguntas de la encuesta acerca de la atención que recibió el paciente nombrado en la carta de presentación de este hospicio:

[NAME OF HOSPICE]

Todas las preguntas en esta encuesta tratarán acerca de las experiencias con este hospicio.

Si desea saber más acerca de esta encuesta, llame al [TOLL FREE NUMBER]. Todas las llamadas a este número son gratis.

OMB # 0938-1257

Vence el 30 de noviembre, 2027

¿Quién deberá responder la encuesta?

- ◆ La persona de su hogar que sepa más acerca del cuidado de hospicio que recibió el paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta.

Cómo responder la encuesta

- ◆ Use un bolígrafo de color oscuro.
- ◆ Conteste todas las preguntas llenando el círculo que aparece a la izquierda de la respuesta, así:
 - Sí
- ◆ A veces se le pedirá que se salte algunas preguntas. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indicará a qué pregunta hay que pasar, así:
 - Sí → **Si contestó Sí, pase a la Pregunta 1**
 - No

Es posible que usted note un número en la encuesta. Este número se utiliza para indicarnos si devolvió su encuesta, con el fin de que no tengamos que enviarle recordatorios.

EXAMPLE

El paciente del hospicio

1. ¿Cuál es su relación con el paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta?

- Mi esposo/a o pareja
 - Mi padre/madre
 - Mi suegro/a
 - Mi abuelo/a
 - Mi tío/a
 - Mi hermano/a
 - Mi hijo/a
 - Mi amigo/a
 - Otro (por favor imprima)
-

2. En esta encuesta, las palabras "su familiar" se refieren al paciente nombrado en la carta de presentación de la encuesta.

¿En qué lugar o lugares recibió su familiar cuidados de este hospicio? Marque una o más.

- En su casa o en casa de otra persona
 - En un hogar de asistencia parcial (*Assisted living facility*)
 - En una casa de ancianos y convalecencia (*Nursing home*)
 - Hospital
 - En un centro u hogar de hospicio
 - Otro (por favor imprima)
-

Su papel

3. Mientras su familiar estaba bajo el cuidado del hospicio, ¿con qué frecuencia participó o supervisó usted en sus cuidados?

- Nunca → Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 32
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey SPANISH

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

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

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME],

Sabemos que este puede ser un momento difícil para usted y lamentamos su reciente pérdida. En este paquete hay una encuesta importante sobre el cuidado que pacientes reciben de [HOSPICE NAME]. Usted está recibiendo esta encuesta porque ayudó con el cuidado de [DECEDENT NAME].

Por favor tómese unos minutos para contarnos cómo [HOSPICE NAME] cuidó a su ser querido. Medicare utiliza sus respuestas a esta encuesta para mejorar los cuidados de hospicio y ayudar a otros a elegir un hospicio.

Agradeceríamos enormemente su ayuda con esta encuesta. Por favor regrese sus respuestas en el sobre con el porte o franqueo pagado. Es posible que sus respuestas se compartan con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. Su participación en esta encuesta es voluntaria.

Para preguntas sobre esta encuesta, por favor de llamar a [VENDOR NAME] a este número gratis [TOLL FREE PHONE NUMBER]. Si desea ver cómo se utilizarán sus respuestas, las calificaciones de los hospicios se publican en línea en el sitio web de Medicare Care Compare.

De nuevo, lamentamos mucho su pérdida.

Atentamente,
[HOSPICE ADMINISTRATOR]
[HOSPICE NAME]

Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey- SPANISH

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

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

Estimado/a [SAMPLED CAREGIVER NAME],

Sabemos que este puede ser un momento difícil para usted y lamentamos su reciente pérdida. Hace unas semanas, le enviamos una encuesta para pedirle sus comentarios sobre sus experiencias con [HOSPICE NAME]. **Este es un recordatorio amistoso de que estamos muy interesados en saber de usted.**

Esperamos que nos ayude a aprender cómo [HOSPICE NAME] cuidó a su ser querido.

Sus comentarios ayudan a mejorar los cuidados de hospicio y también ayudan a otros a elegir un hospicio.

Le estamos enviando esta encuesta porque usted ayudó con el cuidado de [DECEDENT NAME]. Si ya nos devolvió la encuesta, gracias y por favor ignore esta carta.

Agradeceríamos enormemente su ayuda con esta encuesta. Por favor regrese sus respuestas en el sobre con el porte o franqueo pagado. Es posible que sus respuestas se compartan con el hospicio con el fin de mejorar la calidad. Su participación en esta encuesta es voluntaria.

Para preguntas sobre esta encuesta, por favor de llamar a [VENDOR NAME] a este número gratis [TOLL FREE PHONE NUMBER]. Si desea ver cómo se utilizarán sus respuestas, las calificaciones de los hospicios se publican en línea en el sitio web de Medicare Care Compare.

Gracias por tomarse el tiempo para mejorar los cuidados de hospicio. De nuevo, lamentamos mucho su pérdida.

Atentamente,

[HOSPICE ADMINISTRATOR]
[HOSPICE NAME]

Reply-by Date (Optional)

*The following two options are available for adding a reply-by date to the **follow-up cover letter**.*

Placed above the salutation, such as:

Por favor responda para el: [DATE (mm/dd/yyyy)].

In the second paragraph after the sentence, “If you already returned the survey to us, thank you, and please disregard this letter.” An example of allowable reply-by text includes:

Por favor complete la encuesta adjunta para el [DATE (mm/dd/yyyy)] y envíela por correo en el sobre con el porte o franqueo pagado.

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 30 de noviembre, 2027). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 9 minutos para las preguntas 1 – 31, al igual que las preguntas “Sobre Su Familiar” y “Sobre Usted” de la encuesta incluyendo 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.”

