

# Encuesta 2025 sobre la Experiencia con Medicare

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA MEDICARE

*Esta encuesta es sobre usted y sobre la atención médica que recibió en los últimos seis meses. Conteste cada pregunta pensando en usted mismo y en las veces que recibió atención médica en persona, por teléfono, o por videollamada. Por favor tómese un tiempo al completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas a [SURVEY VENDOR] en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.*

- Si cambió su plan de Medicare para el 2025, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2024.
- Conteste todas las preguntas marcando una "X" en el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija:  
 Sí
- Asegúrese de leer todas las respuestas que hay antes de marcar una.
- A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo: [→ Si contestó "No", pase a la pregunta 3]. Vea el ejemplo a continuación:

### EJEMPLO

#### 1. ¿Usa usted actualmente un audífono?

- Sí  
 No → Si contestó "No", pase a la pregunta 3

#### 2. ¿Cuánto tiempo lleva usando un audífono?

- Menos de un año  
 1 a 3 años  
 Más de 3 años  
 No uso un audífono

#### 3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún dolor de cabeza?

- Sí  
 No

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tal recolección exhiba un número de control válido del OMB. Esto aplica tanto a las recolecciones de información obligatorias como las voluntarias. El número de control válido del OMB para esta recolección es **0938-0732 (vence TBD)**. El tiempo necesario para completar estos formularios está estimado en un promedio de **15 minutos**, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recolección de información. Si usted tiene algún comentario en relación a la exactitud del tiempo calculado o tiene sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. Nuestros registros muestran que en el 2024 sus servicios médicos estaban cubiertos por el plan cuyo nombre está escrito en la contraportada de este documento. ¿Es esto correcto?

- Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3
- No

2. Por favor escriba abajo el nombre del plan de seguro de salud que tuvo en el 2024 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan de salud. (Por favor escriba en letra de molde)

---

---

### La Atención Médica Que Usted Recibió En Los Últimos 6 Meses

---

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 → Si contestó “No”, pase a la pregunta 5

4. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia le atendieron tan pronto como lo necesitaba?

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

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo usted alguna cita para una consulta en persona, por teléfono o por videollamada para un chequeo o una consulta regular?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 7

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para un chequeo o una consulta regular tan pronto como la necesitaba?

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

7. En los últimos 6 meses, sin contar las veces en que fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces 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

8. 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

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le fue fácil conseguir la atención médica, las pruebas o el tratamiento que usted necesitaba?

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

---

### Su Doctor Personal

---

10. 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 → **Si contestó "No", pase a la pregunta 26**

11. 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 → **Si contestó "Ninguna", pase a la pregunta 26**
- 1 vez
- 2
- 3
- 4
- 5 a 9
- 10 veces o más

**12.** 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

**13.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal le escuchó con atención?

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

**14.** 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

**15.** 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

**16.** 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

**17.** 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

**18.** En los últimos 6 meses, ¿le mandó su doctor personal a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- Sí
- No → Si contestó "No", pase a la pregunta 21

19. 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
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 recibió los resultados tan pronto como los necesitaba?
- Nunca
  - A veces
  - La mayoría de las veces
  - Siempre
21. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?
- Sí
  - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 23**
22. 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
23. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención médica de más de un tipo de profesional médico o usó más de un tipo de servicio médico?
- Sí
  - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**
24. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica entre estos diferentes profesionales y servicios médicos?
- Sí
  - No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**
25. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted la ayuda que necesitaba de alguien del consultorio de su doctor personal para coordinar la atención médica que recibió de estos diferentes profesionales y servicios médicos?
- Sí, definitivamente
  - Sí, hasta cierto punto
  - No

---

## La Atención Médica Que Recibió De Especialistas

---

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

**26.** Los especialistas son doctores que se especializan en un área de la medicina. Pueden ser cirujanos, doctores especialistas en el corazón, las alergias, la piel y otras áreas. ¿Su doctor personal es un especialista?

- Sí → **Si contestó “Sí”, por favor incluya a su doctor personal al contestar estas preguntas sobre especialistas**
- No

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

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 32**

**28.** 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

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

- Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 32**
- 1 especialista
- 2
- 3
- 4
- 5 especialistas o más

**30.** 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

**31.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su doctor personal parecía estar informado y al tanto de la atención que recibió usted de los especialistas?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
- No tengo un doctor personal
- No he hablado con mi doctor personal en los últimos 6 meses
- Mi doctor personal es especialista

---

**Su Plan De Salud**

---

**32.** En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda de parte del servicio al cliente de su plan de salud?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 35**

**33.** 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

**34.** 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

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

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 37**

**36.** 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

**37.** 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

**38.** 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

**39.** Los beneficios de su plan de salud son el tipo de atención médica y los servicios que usted puede recibir a través del plan. En los últimos 6 meses, ¿su plan de salud le ofreció a usted beneficios extra porque tiene un problema de salud (como presión arterial alta)?

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No tengo un problema de salud
- Me ofrecieron beneficios extra por otra razón

---

### **Su Plan De Medicinas Recetadas**

---

Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas sobre la cobertura de medicinas recetadas que recibe a través de su plan de medicinas recetadas.

**40.** En los últimos 6 meses, ¿alguien de un consultorio médico, de una farmacia o de su plan de medicinas recetadas le contactó:

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

**41.** 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



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

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 44

**43.** 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

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

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 46

**45.** 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

**46.** Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor plan de medicinas recetadas posible y el 10 el mejor plan de medicinas recetadas posible, ¿qué número usaría para calificar su plan de medicinas recetadas?

- 0 El peor plan de medicinas recetadas posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor plan de medicinas recetadas posible

---

#### Acerca De Usted

---

**47.** En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

49. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- Inglés
- Español
- Chino
- Coreano
- Tagalo
- Vietnamita
- Otro idioma



Escriba con letra de molde: \_\_\_\_\_

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

- Sí
- No

51. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que demorarse o no pudo conseguir una medicina recetada porque creía que no le alcanzaba el dinero?

- Sí
- No
- Mi doctor no me recetó ninguna medicina en los últimos 6 meses

52. En los últimos 6 meses, ¿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?

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

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

- |  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Un ataque al corazón?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Angina o enfermedad de las arterias del corazón?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Presión arterial alta o la hipertensión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cáncer, <u>aparte de cáncer de la piel</u> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 54.** ¿Tiene muchas dificultades para caminar o subir escaleras?
- Sí  
 No
- 55.** ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?
- Sí  
 No
- 56.** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer los recados solo, como ir al doctor o ir de compras?
- Sí  
 No
- 57.** ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2024?
- Sí  
 No  
 No sé
- 58.** ¿Alguna vez le han puesto una o más vacunas contra la neumonía? Por lo general se dan dos vacunas durante la vida de una persona y son diferentes a la vacuna contra la gripe o influenza (*flu*). También se llama la vacuna neumocócica.
- Sí  
 No  
 No sé
- 59.** ¿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
- 60.** ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?
- Sí, hispano o latino  
 No, ni hispano ni latino
- 61.** ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.
- Indígena americana o nativa de Alaska  
 Asiática  
 Negra o afroamericana  
 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico  
 Blanca
- 62.** ¿Cuántas personas viven en su hogar actualmente, incluyendo a usted?
- 1 persona  
 2 a 3 personas  
 4 personas o más

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

- Sí
- No

64. ¿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

65. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- Sí
- No → **Muchas gracias. Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.**

66. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Por favor marque una o más.

- Me leyó las preguntas
- Anotó las respuestas que le di
- Contestó las preguntas por mí
- Tradujo las preguntas a mi idioma
- Me ayudó de otra forma

**Muchas gracias.**

**Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre adjunto con el porte o franqueo pagado.**

**[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]**

**Nombre del Contrato:** \_\_\_\_\_

**[OPTIONAL]**

**Usted también puede conocer el plan por uno de los siguientes:**