Encuesta 2027 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 2027, conteste las preguntas pensando en las experiencias que tuvo en los últimos 6 meses del 2026.
- Conteste todas las preguntas marcando una "X" en el cuadrito 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 el 30 de noviembre de 2027)**. 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 2026 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 2026 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

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.

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

	Sí	**No**
a. Para asegurar que usted consiguió o renovó una receta?	☐	☐
b. Para asegurar que usted estaba tomando las medicinas según lo recetado?	☐	☐

39. 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

40. 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 42**

41. 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

42. 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 44**

43. 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

44. 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

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

47. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

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

Escriba con letra de molde:_____

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

- ☐ Sí
- ☐ No

49. 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

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

		Sí	**No**
a.	¿Un ataque al corazón?	☐	☐
b.	¿Angina o enfermedad de las arterias del corazón?.....	☐	☐
c.	¿Presión arterial alta o la hipertensión?.....	☐	☐
d.	¿Cáncer, aparte de cáncer de la piel?.....	☐	☐
e.	¿Enfisema, asma o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad crónica de los pulmones)?.....	☐	☐
f.	¿Cualquier tipo de diabetes o azúcar alta en la sangre?.....	☐	☐

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

☐ Sí
☐ No

52. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

☐ Sí
☐ No

53. 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

54. ¿Se ha vacunado contra la gripe o influenza (*flu*) desde el 1ro de julio, 2026?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

55. ¿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

56. ¿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

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

- ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Hispana o latina
- ☐ De medio oriente o África del norte
- ☐ Nativa de Hawái o Islas del Pacífico
- ☐ Blanca

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

60. ¿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

61. ¿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.**

62. ¿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 puede conocer su plan por el siguiente nombre o los siguientes nombres: