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 **10 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 medicinas recetadas estaban cubiertas por el plan de medicinas recetadas de Medicare 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 medicinas recetadas de Medicare que tuvo en el 2026 y conteste las preguntas del resto de la encuesta basándose en las experiencias que tuvo con ese plan. (Por favor escriba en letra de molde)

_____

3. 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?.....	☐	☐

4. 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

5. 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 7**

6. 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

7. 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 9**

8. 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

9. 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

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

☐ Excelente
☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Mala

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

☐ Excelente
☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Mala

12. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

☐ Inglés
☐ Español
☐ Chino
☐ Coreano
☐ Tagalo
☐ Vietnamita
☐ Otro idioma
↓
Escriba con letra de molde:_____

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

☐ Sí
☐ No

14. 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

15. ¿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 arteries 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?	☐	☐

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

☐ Sí
☐ No

17. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

☐ Sí
☐ No

18. 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

19. ¿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

20. ¿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

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

23. ¿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

24. ¿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.**

25. ¿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: