Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (MA & PDP) CAHPS® Survey

2027 Medicare Advantage Prescription Drug Survey Web Specifications

SPANISH VERSION

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, "ATRÁS" button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, "SIGUIENTE" button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*
- *When survey is submitted sample member should be re-directed to the Medicare home page https://www.medicare.gov*
- *Starting at Q1 display a progress bar at the top left or right of each screen*

MEDICARE EXPERIENCE SURVEY

❍ **Welcome, continue in English**

❍ Bienvenidos continuar en español

❍ 歡迎 以中文繼續問卷調查

❍ 환영합니다 한국어로 계속하기

❍ Maligayang Pagdating Magpatuloy sa Tagalog

❍ Tiếp tục bằng tiếng Việt

NEXT / SIGUIENTE / 下一頁 / 다음 / SUSUNOD / TIẾP THEO

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *ALL SAMPLE MEMBERS START AT THE LANGUAGE SELECTION SCREEN*
- *ONLY THE LANGUAGES OFFERED BY THE CONTRACT ARE DISPLAYED ON THIS SCREEN*
- *ENGLISH INSTRUCTIONS SHOULD BE IN BOLD*
- *INCLUDE A LINE BREAK BETWEEN EACH LANGUAGE*
- *A RESPONSE OF "Continuar en español" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE SPANISH VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "歡迎 以中文繼續問卷調查" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE CHINESE VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "환영합니다 한국어로 계속하기" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE KOREAN VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "Maligayang Pagdating Magpatuloy sa Tagalog" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE TAGALOG VERSION OF THE SURVEY*
- *A RESPONSE OF "Tiếp tục bằng tiếng Việt" AT THIS SCREEN SKIPS TO THE VIETNAMESE VERSION OF THE SURVEY]*

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON MEDICARE

Por favor ingrese el código de la encuesta que está impreso en la carta que recibió y haga clic en SIGUIENTE a continuación.

Código de encuesta de la carta:_____

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *ONLY SAMPLE MEMBERS WHO ENTER URL FROM LETTER RECEIVE THIS SCREEN*
- *SCREEN DISPLAYS SELECTED LANGUAGE FROM LANGUAGE SELECTION SCREEN]*

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA DE SU EXPERIENCIA CON 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.

- 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
- Necesita unos 15 minutos para contestar las preguntas de la encuesta
- Su participación en la encuesta es voluntaria
- Usted puede saltarse cualquier pregunta que no desee contestar
- Usted puede salirse de la encuesta en cualquier momento
- Sus respuestas se mantendrán confidenciales

Si tiene cualquier pregunta sobre esta encuesta, por favor, mándenos un correo electrónico a [VENDOR EMAIL] o llámenos a nuestra línea gratuita al [VENDOR PHONE]. Gracias.

Haga clic en "EMPEZAR" para comenzar la encuesta.

EMPEZAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *START BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*

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.

Su plan de Medicare del 2026

1. Nuestros registros muestran que en el 2026 sus servicios médicos estaban cubiertos por [MARKETNAME]. ¿Es esto correcto?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "SÍ" AT 1 SKIPS TO 3]*

Su plan de Medicare del 2026

2. Por favor ingrese 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.

[OPEN END; ALLOW 50 CHARACTERS]

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *OPEN END; ALLOW RESPONSE OF UP TO 50 CHARACTERS*
- *DISPLAY TEXT BOX WITH BORDERS FOR RESPONSE]*

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "NO" AT 3 SKIPS TO 5]*

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "NO" AT 5 SKIPS TO 7]*

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que usted recibió en los últimos 6 meses

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

ATRÁS SIGUIENTE

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 10 SKIPS TO 26]*

Su doctor personal

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
- ○ 1 vez
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5 a 9
- ○ 10 veces o más

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NINGUNA" AT 11 SKIPS TO 26]*

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "NO" AT 18 SKIPS TO 21]*

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

21. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 21 SKIPS TO 23]*

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "NO" AT 23 SKIPS TO 26]*

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *A RESPONSE OF "NO" AT 24 SKIPS TO 26]*

Su doctor personal

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

ATRÁS SIGUIENTE

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
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *IF THE RESPONSE TO 26 IS "SÍ" THE FOLLOWING TEXT SHOULD BE DISPLAYED BEFORE 27:* Por favor incluya a su doctor personal al contestar estas preguntas sobre especialistas.*]*

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 27 SKIPS TO 32]*

La atención médica que recibió de especialistas

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

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

- ○ Ninguno
- ○ 1 especialista
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5 especialistas o más

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NINGUNO" AT 29 SKIPS TO 32]*

La atención médica que recibió de especialistas

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

ATRÁS SIGUIENTE

La atención médica que recibió de especialistas

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *IF RESPONSE TO 10 IS "NO" STORE A VALUE OF "88" IN 31 AND SKIP TO 32.*
- *IF RESPONSE TO 11 IS "NINGUNA" STORE A VALUE OF "88" IN 31 AND SKIP TO 32.]*

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
- ○ Mi doctor personal es especialista

ATRÁS SIGUIENTE

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 32 SKIPS TO 35]*

Su plan de salud

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de salud

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 35 SKIPS TO 37]*

Su plan de salud

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de salud

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

ATRÁS SIGUIENTE

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?	○	○

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 40 SKIPS TO 42]*

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 42 SKIPS TO 44]*

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRÁS SIGUIENTE

Su plan de medicinas recetadas

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Excelente
- ○ Muy buena
- ○ Buena
- ○ Regular
- ○ Mala

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

47. ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- ○ Inglés
- ○ Español
- ○ Chino
- ○ Coreano
- ○ Tagalo
- ○ Vietnamita
- ○ Otro idioma (por favor especifique): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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?	○	○

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

52. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sé

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:
- *57 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]*

Acerca de usted

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

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

Acerca de usted

61. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

- ○ Sí
- ○ No

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 61 SKIPS TO Muchas Gracias]*

Acerca de usted

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

ATRÁS SIGUIENTE

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *62 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY*

Muchas gracias

Ha llegado al final de la encuesta. Si ha terminado de responder las preguntas, haga clic en ENVIAR para cerrar la encuesta. Gracias por su tiempo.

ENVIAR

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *SUBMIT BUTTON MUST APPEAR ON THE RIGHT SIDE OF THE SCREEN]*