

---

# CAHPS<sup>®</sup> Cancer Care Survey

---

**Version: Drug Therapy**

**Language: Spanish**

## Notes

- **Supplemental items:** Survey users may add questions to this survey. Supplemental items approved by the CAHPS Consortium for use with this survey are available on the Agency for Healthcare Research and Quality's Web site: [www.ahrq.gov/cahps/](http://www.ahrq.gov/cahps/).

For assistance with this survey, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or [cahps1@westat.com](mailto:cahps1@westat.com).



File name: drug-spanish-cancer-552b.docx  
Last updated: January 12, 2017

## Instructions for Front Cover

- Replace the cover of this document with your own front cover. Include a user-friendly title and your own logo.
- Include this text regarding the confidentiality of survey responses:

**Su privacidad está protegida.** Toda información que permitiría que alguien lo/la identifique a usted o a su familia se mantendrá privada. {VENDOR NAME} no compartirá su información personal con nadie sin su permiso. Sus respuestas a esta encuesta también son completamente **confidenciales**. Es posible que se haya fijado en un número que se encuentra en la portada de este cuestionario. Este número **solo** sirve para saber que ya envió su cuestionario y que no hay que enviarle recordatorios.

**Su participación es voluntaria.** Usted puede elegir si quiere contestar este cuestionario o no. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica que recibe.

**Qué hacer una vez que haya terminado.** Una vez que complete el cuestionario, por favor póngalo en el sobre adjunto, selle el sobre, y devuélvalo a [INSERT VENDOR ADDRESS].

Si quiere recibir más información acerca de este estudio, por favor llame al XXX-XXX-XXXX.

## Instructions for Format of Questionnaire

Proper formatting of a questionnaire improves response rates, the ease of completion, and the accuracy of responses. The CAHPS team's recommendations include the following:

- If feasible, insert blank pages as needed so that the survey instructions (see next page) and the first page of questions start on the right-hand side of the questionnaire booklet.
- Maximize readability by using two columns, serif fonts for the questions, and ample white space.
- Number the pages of your document, but remove the headers and footers inserted to help sponsors and vendors distinguish among questionnaire versions.

---

Additional guidance is available in **Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Cancer Care Survey**.

---

## Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

☐ Sí

☒ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 1 en la página 1**

1. Según nuestros registros, usted recibió atención médica en el hospital o la clínica cuyo nombre aparece a continuación.

Label with name of facility goes here

¿Es correcta esta información?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 48 en la página 8**

Las siguientes preguntas de este cuestionario se referirán al hospital o a la clínica cuyo nombre aparece en la pregunta 1 como “este centro de atención de cáncer.” Por favor piense en ese centro al contestar las preguntas de la encuesta.

2. ¿Un doctor, una enfermera u otro profesional médico alguna vez le dijo que usted tiene cáncer?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 48 en la página 8**

3. El tratamiento con medicinas para el cáncer consiste en tomar medicinas para tratarle el cáncer. La quimioterapia, la inmunoterapia y la terapia hormonal son ejemplos de tratamiento con medicinas. La radioterapia o la cirugía no se incluyen en el tratamiento con medicinas. ¿Ha recibido medicinas para el tratamiento de cáncer en este centro de atención de cáncer en cualquier momento?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 48 en la página 8**

4. ¿Es este el centro de atención de cáncer al que usted va generalmente si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No

5. ¿Cuánto tiempo hace que le han estado tratando en este centro de atención de cáncer para el cáncer?

<sup>1</sup> ☐ Menos de 6 meses

<sup>2</sup> ☐ Al menos 6 meses pero menos de 1 año

<sup>3</sup> ☐ Al menos 1 año pero menos de 2 años

<sup>4</sup> ☐ 2 años o más

6. ¿Cuándo fue la primera vez que le diagnosticaron cáncer?

<sup>1</sup> ☐ Hace menos de 6 meses

<sup>2</sup> ☐ Hace 6 a 11 meses

<sup>3</sup> ☐ Hace 1 a 2 años

<sup>4</sup> ☐ Hace más de 2 años

---

**Comunicación con su equipo de personal de tratamiento con medicinas**

---

7. El equipo de personal de tratamiento con medicinas incluye a los doctores, enfermeras, terapeutas, técnicos y a su personal de apoyo que participan en su tratamiento con medicinas en este centro de atención de cáncer. Desde que se decidió que le harían tratamiento con medicinas, ¿le animó su equipo de personal de tratamiento con medicinas a que se comunicara con ellos con preguntas entre citas?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

8. Desde que se decidió que le harían tratamiento con medicinas, ¿le dijo su equipo de personal de tratamiento con medicinas que los llamara de inmediato si usted tenía ciertos síntomas o efectos secundarios?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

9. Desde que se decidió que le harían tratamiento con medicinas, ¿le dio el equipo de personal de su tratamiento con medicinas instrucciones claras para comunicarse con ellos después de las horas normales de oficina?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

10. Desde que se decidió que le harían tratamiento con medicinas, ¿incluyó su equipo de personal de tratamiento con medicinas a sus familiares o amigos íntimos en conversaciones sobre su cáncer o sobre la atención de cáncer tanto como usted quería?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

11. ¿Cuándo fue la última vez que recibió tratamiento con medicinas para el cáncer por parte de este centro de atención de cáncer?

<sup>1</sup> ☐ En los últimos 6 meses  
<sup>2</sup> ☐ Hace más de 6 meses → **Si hace más de 6 meses, pase a la pregunta 48 en la página 8**

---

**Su atención de este centro para el cáncer**

---

12. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó este centro de atención de cáncer para recibir atención médica de parte de su equipo de personal de tratamiento con medicinas? No incluya llamadas telefónicas o correos electrónicos

<sup>0</sup>☐ Ninguna → **Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 48 en la página 8**

<sup>1</sup>☐ 1 a 5 veces

<sup>2</sup>☐ 6 a 10 veces

<sup>3</sup>☐ 11 veces o más

13. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con este centro de atención de cáncer para pedir una cita debido a una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual **necesitaba atención inmediata**?

<sup>1</sup>☐ Sí

<sup>2</sup>☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 15**

14. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con este centro de atención de cáncer para pedir una cita para **recibir atención inmediata**, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?

<sup>1</sup>☐ Nunca

<sup>2</sup>☐ A veces

<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup>☐ Siempre

15. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** en este centro de atención de cáncer?

<sup>1</sup>☐ Sí

<sup>2</sup>☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 17**

16. En los últimos 6 meses, cuando hizo una cita para un **chequeo o una consulta regular** en este centro de atención de cáncer ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?

<sup>1</sup>☐ Nunca

<sup>2</sup>☐ A veces

<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup>☐ Siempre

17. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con este centro de atención de cáncer de para hacer una pregunta médica durante las horas normales de oficina?

<sup>1</sup>☐ Sí

<sup>2</sup>☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 19**

18. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con este centro de atención de cáncer durante las horas normales de oficina ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica ese mismo día?

<sup>1</sup>☐ Nunca

<sup>2</sup>☐ A veces

<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup>☐ Siempre

---

**Su equipo de personal de tratamiento con medicinas**

---

19. El equipo de personal de tratamiento con medicinas incluye a los doctores, enfermeras, terapeutas, técnicos y a su personal de apoyo que participan en su tratamiento con medicinas en este centro de atención de cáncer. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este equipo de personal de tratamiento con medicinas le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

20. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su equipo de personal de tratamiento con medicinas le escuchó con atención?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

21. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su equipo de personal de tratamiento con medicinas parecía saber la información importante sobre sus antecedentes médicos?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su equipo de personal de tratamiento con medicinas demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su equipo de personal de tratamiento con medicinas pasó suficiente tiempo con usted?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

24. En los últimos 6 meses, su equipo de personal de tratamiento con medicinas, ¿le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba? No incluya tratamiento con medicinas.

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 26**

25. En los últimos 6 meses, cuando le hicieron pruebas de sangre, rayos X, u otras pruebas como parte de su tratamiento de cáncer, ¿con qué frecuencia alguien de este centro de atención de cáncer se comunicó con usted para darle los resultados?

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

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

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 28**

27. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y el equipo de personal de tratamiento con medicinas acerca de todas las medicinas recetadas que estaba tomando?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

28. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y su equipo de personal de tratamiento con medicinas acerca del dolor relacionado con su cáncer o tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No

29. En los últimos 6 meses, ¿le molestó el dolor de su cáncer o de su tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 31**

30. En los últimos 6 meses, ¿le dio consejos su equipo de personal de tratamiento con medicinas sobre cómo manejar este dolor o le ayudaron al respecto?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente

<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto

<sup>3</sup> ☐ No

31. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y su equipo de personal de tratamiento con medicinas acerca de cambios en sus niveles de energía relacionados con su cáncer o con su tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No

32. En los últimos 6 meses, ¿le molestaron cambios en sus niveles de energía relacionados con su cáncer o con su tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 34**

33. En los últimos 6 meses, ¿le dio consejos o le ayudó su equipo de personal de tratamiento con medicinas a manejar estos cambios en sus niveles de energía?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente

<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto

<sup>3</sup> ☐ No

34. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y su equipo de personal de tratamiento con medicinas sobre problemas emocionales, tal como ansiedad o depresión relacionados con su cáncer o tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No

35. En los últimos 6 meses, ¿le molestaron problemas emocionales, como ansiedad o depresión, relacionados con su cáncer o con su tratamiento con medicinas?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 37**



36. En los últimos 6 meses, ¿le dio consejos o le ayudó su equipo de personal de tratamiento con medicinas a manejar estos problemas emocionales?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

37. Los servicios adicionales para el tratamiento de su cáncer en casa incluyen la atención en el hogar o útiles o suministros médicos especiales. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y su equipo de personal de tratamiento con medicinas acerca de estos servicios adicionales?

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

38. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y su equipo de personal de tratamiento con medicinas de cosas que usted puede hacer para mantener su salud durante el tratamiento para el cáncer, tal como qué comer o qué ejercicios hacer?

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, hasta cierto punto  
<sup>3</sup> ☐ No

39. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor equipo de personal posible de tratamiento con medicinas y el 10 el mejor equipo de personal posible de tratamiento con medicinas, ¿qué número usaría para calificar a su equipo de personal de tratamiento con medicinas?

☐ 0 El peor equipo de personal de tratamiento con medicinas posible  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 El mejor equipo de personal de tratamiento con medicinas posible

40. Un intérprete es una persona que le ayuda a hablar con otras personas que no hablan el idioma que usted prefiere. Los intérpretes pueden incluir personal de este centro de atención de cáncer, intérpretes por teléfono, amigos, o familiares. En los últimos 6 meses, ¿hubo algún momento cuando necesitó un intérprete en este centro de atención de cáncer?

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 42**

41. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitaba un intérprete para ayudarle a hablar con su equipo de personal de tratamiento con medicinas, ¿con qué frecuencia lo consiguió?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

42. Considerando todo su tratamiento de cáncer en este centro de atención de cáncer, usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor experiencia general de atención de cáncer posible y el 10 es la mejor experiencia general de atención de cáncer posible, ¿qué número usaría para calificar su experiencia general de atención de cáncer?

☐ 0 La peor experiencia general de atención de cáncer posible  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 La mejor experiencia general de atención de cáncer posible

---

### Los oficinistas y recepcionistas en este centro de atención de cáncer

---

43. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas en este centro de atención de cáncer le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

44. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas en este centro de atención de cáncer le trataron con cortesía y respeto?

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

---

### Sobre usted

---

45. Aparte del tratamiento con medicinas, ¿recibió otros tipos de tratamiento para el cáncer u otros servicios de este centro de atención de cáncer?

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

46. ¿Cómo prefiere tomar decisiones acerca de su tratamiento para el cáncer?

<sup>1</sup> ☐ **Usted** prefiere principalmente tomar las decisiones  
<sup>2</sup> ☐ Prefiere tomar las decisiones **junto con su doctor**  
<sup>3</sup> ☐ Usted prefiere que **su doctor** principalmente tome las decisiones

47. En los últimos 6 meses, ¿pasó por lo menos una noche en un hospital debido al cáncer?

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

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

- <sup>1</sup> ☐ Excelente  
<sup>2</sup> ☐ Muy buena  
<sup>3</sup> ☐ Buena  
<sup>4</sup> ☐ Regular  
<sup>5</sup> ☐ Mala

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

- <sup>1</sup> ☐ Excelente  
<sup>2</sup> ☐ Muy buena  
<sup>3</sup> ☐ Buena  
<sup>4</sup> ☐ Regular  
<sup>5</sup> ☐ Mala

50. ¿Qué edad tiene?

- <sup>1</sup> ☐ 18 a 20  
<sup>2</sup> ☐ 21 a 24  
<sup>3</sup> ☐ 25 a 34  
<sup>4</sup> ☐ 35 a 44  
<sup>5</sup> ☐ 45 a 54  
<sup>6</sup> ☐ 55 a 64  
<sup>7</sup> ☐ 65 a 74  
<sup>8</sup> ☐ 75 o más

51. ¿Es usted hombre o mujer?

- <sup>1</sup> ☐ Hombre  
<sup>2</sup> ☐ Mujer

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

- <sup>1</sup> ☐ 8 años de escuela o menos  
<sup>2</sup> ☐ 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse  
<sup>3</sup> ☐ Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria o su equivalente (o GED)  
<sup>4</sup> ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años  
<sup>5</sup> ☐ Título universitario de 4 años  
<sup>6</sup> ☐ Título universitario de más de 4 años

53. ¿Es usted de ascendencia u origen hispano o latino?

- <sup>1</sup> ☐ Sí, hispano o latino  
<sup>2</sup> ☐ No, ni hispano ni latino

54. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

- <sup>1</sup> ☐ Blanca  
<sup>2</sup> ☐ Negra o afroamericana  
<sup>3</sup> ☐ Asiática  
<sup>4</sup> ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico  
<sup>5</sup> ☐ Indígena americana o nativa de Alaska  
<sup>6</sup> ☐ Otra

55. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

56. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?  
Marque una o más.

<sup>1</sup> ☐ Me leyó las preguntas.

<sup>2</sup> ☐ Anotó las respuestas que le di.

<sup>3</sup> ☐ Contestó las preguntas por mí.

<sup>4</sup> ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma.

<sup>5</sup> ☐ Me ayudó de otra forma

**Gracias.**

**Por favor cuando haya completado la encuesta, devuélvala en el sobre con porte o franqueo pagado.**