
Supplemental Items for the CAHPS® Cancer Care Survey

Population: Adult

Language: Spanish

Users of the CAHPS® Cancer Survey are free to incorporate supplemental items in order to meet the needs of their organizations, local markets, and/or audiences. These supplemental items can be inserted into any of the three versions of the Cancer Care Survey. To make the wording of the items consistent with the core items, please select the appropriate treatment modality from the three presented in brackets: [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/TRATAMIENTO CON MEDICINA/RADIOTERAPIA] (i.e., cancer surgery/drug therapy/radiation therapy).

Please note: Some items cover events that occur with low frequency in the general population. You should include them only if your sample design is likely to yield a sufficient number of responses to those questions for statistical analysis and reporting.

Topic: Access

Questions	Placement and Other Instructions
<p>AC1. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con este centro de atención de cáncer para hacer una pregunta médica después de las horas normales de oficina?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>² <input type="checkbox"/> No → Si contestó “No”, pase a la pregunta AC3</p>	<p>After core question 18</p>
<p>AC2. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con este centro de atención de cáncer después de las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica tan pronto como lo necesitaba?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>² <input type="checkbox"/> A veces</p> <p>³ <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p>⁴ <input type="checkbox"/> Siempre</p>	<p>After AC1</p>
<p>AC3. El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia esperó 15 minutos o menos de la hora de su cita para que la persona que fue a ver le atendiera?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>² <input type="checkbox"/> A veces</p> <p>³ <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p>⁴ <input type="checkbox"/> Siempre</p>	<p>After AC2</p>

Topic: Information from Providers

Questions	Placement and Other Instructions
<p>INF1. Desde que se decidió que le harían [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA], ¿le explicó claramente su equipo de personal de [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA] cómo el cáncer y [LA CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/EL TRATAMIENTO CON MEDICINAS/LA RADIOTERAPIA] podrían afectar sus actividades cotidianas?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente ² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto ³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After core question 9</p>
<p>INF2. En los últimos 6 meses, ¿le dijo su equipo de personal para [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/TRATAMIENTO CON MEDICINA/RADIOTERAPIA] cuáles serían los siguientes pasos para su [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA]?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente ² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto ³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After core question 23</p>
<p>INF3. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su equipo de personal para [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA] le explicó esos resultados de una manera fácil de entender?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Nunca ² <input type="checkbox"/> A veces ³ <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces ⁴ <input type="checkbox"/> Siempre</p>	<p>After core question 25</p>
<p>INF4. En los últimos 6 meses, ¿le recetó su equipo de personal para [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA] medicina que no había tomado antes?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí ² <input type="checkbox"/> No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 28 en la encuesta principal</p>	<p>After core question 27</p>

Questions	Placement and Other Instructions
<p>INF5. En los últimos 6 meses, ¿su equipo de personal para [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/TRATAMIENTO CON MEDICINA/RADIOTERAPIA] le explicó a usted para qué era esa medicina de una manera fácil de entender?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente</p> <p>² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto</p> <p>³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After INF4</p>

Topic: Shared Decision Making

Questions	Placement and Other Instructions
<p>SDM1. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿le dijo un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer que había más de una manera de tratarle el cáncer?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>² <input type="checkbox"/> No → Si contestó “No”, pase a la pregunta SDM5</p>	After core question 6
<p>SDM2. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿le explicó claramente un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer las ventajas de cada opción de tratamiento para el cáncer, incluso los tratamientos que usted no recibió?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente</p> <p>² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto</p> <p>³ <input type="checkbox"/> No</p>	After SDM1
<p>SDM3. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿le explicó claramente un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer las desventajas de cada opción de tratamiento para el cáncer, incluso de los tratamientos que usted no recibió?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente</p> <p>² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto</p> <p>³ <input type="checkbox"/> No</p>	After SDM2
<p>SDM4. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿le pidió su opinión un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer acerca de cada opción de tratamiento para el cáncer, incluso de los tratamientos que usted no recibió?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente</p> <p>² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto</p> <p>³ <input type="checkbox"/> No</p>	After SDM3
<p>SDM5. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿habló con usted un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer acerca de las razones por las que querría [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA]?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente</p> <p>² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto</p> <p>³ <input type="checkbox"/> No</p>	After SDM4

Questions	Placement and Other Instructions
<p>SDM6. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿habló con usted un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer acerca de las razones por las que tal vez no quiera [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA]?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente ² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto ³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After SDM5</p>
<p>SDM7. Desde que le diagnosticaron el cáncer, cuando usted habló acerca del [CIRUGÍA PARA EL CÁNCER/ TRATAMIENTO CON MEDICINAS/ RADIOTERAPIA] ¿un doctor o profesional de la salud en este centro de atención de cáncer le preguntó lo que usted pensaba que fuera mejor para usted?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente ² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto ³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After SDM6</p>
<p>SDM8. Desde que le diagnosticaron el cáncer, ¿le permitió un doctor u otro profesional médico en este centro de atención de cáncer participar en las decisiones acerca de su tratamiento para el cáncer, tanto como usted deseaba?</p> <p>¹ <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente ² <input type="checkbox"/> Sí, hasta cierto punto ³ <input type="checkbox"/> No</p>	<p>After SDM7</p>