
CAHPS[®] Health Plan Surveys

Version: Child Medicaid Survey 5.0

Language: Spanish

Notes

- **Release of 5.0 version:** The CAHPS Health Plan Surveys were updated in the Spring of 2012. The updates are limited to minor changes to the wording of several items and a change in the placement of one item. These edits reflect the CAHPS Consortium's most recent findings from testing of related survey instruments. For specific information about the updates to this survey, please read ***CAHPS Health Plan Surveys: Overview of the Questionnaires***.
- **Supplemental items:** The Child Medicaid Survey 5.0 includes core items only; questions from the Item Set for Children with Chronic Conditions are temporarily excluded. These items will be added back to this survey once the CAHPS Consortium completes its review of all supplemental items for the Health Plan Surveys. Users of this survey may access supplemental items developed by the CAHPS Consortium and descriptions of major item sets, including the Item Set for Children with Chronic Conditions, on the Agency for Healthcare Research and Quality's Web site: www.ahrq.gov/cahps. For assistance in accessing these documents, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or cahps1@westat.com.



File name: Child_Med_Sp_HP50_2155b.docx
Last updated: September 01, 2015

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 cubierta 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.

Find additional guidance in ***Preparing a Questionnaire Using the CAHPS Health Plan 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 → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 1 en la página 1**
☐ No

Por favor conteste las preguntas para el niño cuyo nombre está anotado en el sobre. No las conteste para ningún otro niño.

1. Nuestros registros muestran que su niño está ahora con {INSERT HEALTH PLAN NAME}. ¿Es correcta esta información?

¹ ☐ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3**

² ☐ No

2. ¿Cómo se llama el plan de salud de su niño?

Por favor escriba en letra de molde:

La atención médica que recibió su niño en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de la atención médica que ha recibido su niño. **No** incluya la atención que recibió su niño cuando pasó la noche hospitalizado. **No** incluya las consultas de su niño con el dentista.

3. En los últimos 6 meses, ¿tuvo su niño una enfermedad, lesión, o problema de salud para el cual **necesitó atención inmediata** en una clínica, en una sala de emergencia o en un consultorio médico?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 5**

4. En los últimos 6 meses, cuando su niño **necesitó atención inmediata**, ¿con qué frecuencia atendieron a su niño tan pronto como él o ella lo necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** para su niño en un consultorio médico o en una clínica?

¹ ☐ Sí

² ☐ 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** para su niño en un consultorio médico o en una clínica tan pronto como su niño la necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

7. En los últimos 6 meses, **sin** contar las veces en que su niño fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces fue su niño a un consultorio médico o a una clínica para que lo atendieran?

☐ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 10**

- ☐ 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 su niño 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, las pruebas o el tratamiento que su niño necesitaba?

- ¹☐ Nunca
²☐ A veces
³☐ La mayoría de las veces
⁴☐ Siempre

El doctor personal de su niño

10. El doctor personal es aquel a quien su niño va si necesita un chequeo, tiene e un problema de salud o si se enferma o lastima. ¿Tiene su niño un doctor personal?

¹☐ Sí

²☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 20**

11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue su niño a ver a su doctor personal para recibir atención médica?

☐ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 19**

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

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le explicó las cosas sobre la salud de su niño de una manera fácil de entender?

- ¹☐ Nunca
²☐ A veces
³☐ La mayoría de las veces
⁴☐ Siempre

13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le escuchó a usted con atención?

- ¹☐ Nunca
²☐ A veces
³☐ La mayoría de las veces
⁴☐ Siempre

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

15. ¿Su niño puede hablar con los doctores sobre su atención médica?

¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 17**

16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño le explicó las cosas a **su niño** de una manera fácil de entender?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

17. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño pasó suficiente tiempo con su niño?

¹ ☐ Nunca
² ☐ A veces
³ ☐ La mayoría de las veces
⁴ ☐ Siempre

18. En los últimos 6 meses, ¿habló el doctor personal de su niño con usted sobre cómo su niño se estaba sintiendo, estaba creciendo o se estaba comportando?

¹ ☐ Sí
² ☐ No

19. 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 al doctor personal de su niño?

☐ 0 El peor doctor personal posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 El mejor doctor personal posible

La atención médica que recibió de especialistas

Al contestar las siguientes preguntas **no** incluya las veces que su niño fue a ver al dentista ni la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado.

- 20.** 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. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para su niño con un especialista?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 24**

- 21.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita con un especialista para su niño tan pronto como él o ella la necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

- 22.** ¿Cuántos especialistas ha visto su niño en los últimos 6 meses?

☐ Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 24**

☐ 1 especialista

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 especialistas o más

- 23.** Queremos saber cómo califica al especialista al que su niño fue 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

El plan de salud de su niño

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el plan de salud de su niño.

24. En los últimos 6 meses, ¿recibió información o ayuda de parte del servicio al cliente del plan de salud de su niño?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 27**

25. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente del plan de salud de su niño le dio la información o ayuda que usted necesitaba?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

26. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente del plan de salud de su niño le trató con cortesía y respeto?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

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

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 29**

28. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles de llenar los formularios del plan de salud de su niño?

¹ ☐ Nunca

² ☐ A veces

³ ☐ La mayoría de las veces

⁴ ☐ Siempre

29. 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 al plan de salud de su niño?

☐ 0 El peor plan de salud posible

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10 El mejor plan de salud posible

Acerca de usted y de su niño

30. En general, ¿cómo calificaría toda la salud de su niño?

- ¹ ☐ Excelente
² ☐ Muy buena
³ ☐ Buena
⁴ ☐ Regular
⁵ ☐ Mala

31. En general, ¿cómo calificaría toda la salud **mental o emocional** de su niño?

- ¹ ☐ Excelente
² ☐ Muy buena
³ ☐ Buena
⁴ ☐ Regular
⁵ ☐ Mala

32. ¿Qué edad tiene **su niño**?

- ¹ ☐ Menos de un año
 _____ AÑOS (*escriba la respuesta*)

33. ¿Es su niño de sexo masculino o femenino?

- ¹ ☐ Masculino
² ☐ Femenino

34. ¿Es su niño de origen o ascendencia hispana o latina?

- ¹ ☐ Sí, hispano o latino
² ☐ No, ni hispano ni latino

35. ¿A qué raza pertenece su niño? Por favor marque una o más.

- ¹ ☐ Blanca
² ☐ Negra o afroamericana
³ ☐ Asiática
⁴ ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
⁵ ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
⁶ ☐ Otra

36. ¿Qué edad tiene **usted**?

- ⁰ ☐ Menos de 18 años
¹ ☐ 18 a 24
² ☐ 25 a 34
³ ☐ 35 a 44
⁴ ☐ 45 a 54
⁵ ☐ 55 a 64
⁶ ☐ 65 a 74
⁷ ☐ 75 años o más

37. ¿Es usted hombre o mujer?

- ¹ ☐ Hombre
² ☐ Mujer

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

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

39. ¿Qué relación tiene con el niño?

- ¹ ☐ Madre o padre
² ☐ Abuelo o abuela
³ ☐ Tía o tío
⁴ ☐ Hermano o hermana mayor
⁵ ☐ Otro familiar
⁶ ☐ Tutor legal del niño
⁷ ☐ Otra persona

Por favor escriba en letra de molde:

40. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

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

- ¹ ☐ Me leyó las preguntas
² ☐ Anotó las respuestas que le di
³ ☐ Contestó las preguntas por mí
⁴ ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
⁵ ☐ Me ayudó de otra forma

Gracias.

Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.