

---

# CAHPS<sup>®</sup> Health Plan Surveys

---

**Version: Child Medicaid Survey 5.1**

**Language: Spanish**

## Notes

- **Release of 5.1 version:** The CAHPS team updated this survey in Fall 2020. To reflect the fact that patients are receiving health care in person, by phone, and by video, the team made minor changes to the wording of instructions and a few survey items. Learn more at <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hp/index.html>.
- **Supplemental items:** The Child Medicaid Survey 5.1 includes core items only. Users may customize this instrument by adding questions.
  - A searchable list of supplemental items developed by the CAHPS team is available at <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/item-sets/search.html>.
  - Descriptions of major item sets are available at <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/item-sets/index.html>.
- **Front cover:** Users should replace the cover of this document with their own front cover, with a user-friendly title and their own logo.

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?

<sup>1</sup> ☐ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 3**

<sup>2</sup> ☐ 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 en una clínica, sala de emergencia o consultorio médico. Esto incluye la atención que su niño recibió en persona, por teléfono o por videollamada. **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**?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ 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?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

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

<sup>4</sup> ☐ Siempre

5. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita en persona, por teléfono o por videollamada para un **chequeo o una consulta regular** para su niño?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 7 en la página 2**

6. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para un **chequeo o una consulta regular** para su niño tan pronto como su niño la necesitaba?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

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

<sup>4</sup> ☐ Siempre

7. En los últimos 6 meses, **sin** contar las veces en que su niño fue a una sala de emergencia, ¿cuántas veces recibió su niño atención médica en persona, por teléfono o por videollamada?

☐ 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?

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

## El doctor personal de su niño

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

- <sup>1</sup>☐ Sí  
<sup>2</sup>☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 20 en la página 4**

11. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo su niño una consulta en persona, por teléfono o por videollamada con su doctor personal?

☐ Ninguna vez → **Si contestó “Ninguna vez”, pase a la pregunta 19 en la página 3**

- ☐ 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?

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ 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?

<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, ¿con qué frecuencia el doctor personal de su niño pasó suficiente tiempo con su niño?

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

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ 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, incluya la atención que recibió su niño en persona, por teléfono o por videollamada. **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?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 24 en la página 5**

- 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?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

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

<sup>4</sup> ☐ Siempre

- 22.** ¿ Con cuántos especialistas ha hablado su niño en los últimos 6 meses?

☐ Ninguno → **Si contestó “Ninguno”, pase a la pregunta 24 en la página 5**

☐ 1 especialista

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 especialistas o más

- 23.** Queremos saber cómo califica al especialista con el que habló su niño 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?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ 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?

<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, ¿con qué frecuencia el personal de servicio al cliente del plan de salud de su niño le trató 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

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

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ 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?

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

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

<sup>4</sup> ☐ 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?

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

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

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

**32.** ¿Qué edad tiene **su niño**?

- <sup>1</sup>☐ Menos de un año  
\_\_\_\_\_ AÑOS (*escriba la respuesta*)

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

- <sup>1</sup>☐ Masculino  
<sup>2</sup>☐ Femenino

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

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

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

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

**36.** ¿Qué edad tiene **usted**?

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

**37.** ¿Es usted hombre o mujer?

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

**38.** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted 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

39. ¿Qué relación tiene con el niño?

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

*Por favor escriba en letra de molde:*

---

---

---

40. ¿Le ayudó alguien a completar 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.**

41. ¿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, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**