

**CAHPS™ 2.0**

**Child Medicaid  
Managed Care Questionnaire**

**SPANISH VERSION**

**October, 1998**



## INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

- ◆ Conteste todas las preguntas marcando la caja a la izquierda de su respuesta.
- ◆ A veces, tiene que saltarse algunas preguntas en la encuesta. Cuando esto pase, va a ver una flecha con una nota que le dice a qué pregunta se tiene que saltar. Por ejemplo:

Sí      *Pase a la Pregunta 1*

No

{Esta caja debe estar en la portada}

***Toda información que permitiría que alguien lo/la indentifique a usted o a su familia se mantendrá privada. {NOMBRE DE PATROCINADOR} no compartirá su información personal con nadie sin su permiso. Usted puede elegir si quiere contestar esta encuesta o no. Si decide no contestarla, no afectará los beneficios que recibe.***

***Se puede fijar en un número que aparece en la portada de la encuesta. Ese número es SOLO para saber que usted ya nos regresó la encuesta y que no tenemos que enviarle un recordatorio.***

***Si quiere saber más sobre este estudio, favor llamar al XXX.***



1. Según nuestros registros, su hijo/a está ahora con {Medicaid/State name for Medicaid}. ¿Es cierto?
- 1 Sí Pase a la Pregunta 3  
2 No
2. ¿Cuál es el nombre del seguro de salud de su hijo/a? (por favor use letras de molde)
- 

**EL DOCTOR O ENFERMERA  
PERSONAL DE SU HIJO/A**

---

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado de salud de su hijo/a. **No** incluya el cuidado que recibió su hijo/a cuando el o ella estuvo internado/a en un hospital. **No** incluya las veces que su hijo/a recibió cuidado dental.

3. Un doctor o enfermera personal es el profesional de salud que mejor conoce a su hijo/a. Puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante o un asistente médico. Cuando su hijo/a se inscribió en este seguro de salud o en cualquier momento desde aquel entonces, ¿el o ella ha conseguido un doctor o enfermera personal nuevo?
- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 5

4. Tomando en cuenta las opciones que le dió el plan de salud de su hijo/a a usted, ¿tuvo algún problema en conseguir un doctor o enfermera personal para su hijo/a con el que está contento/a?
- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 5  
No conseguí un doctor o enfermera personal nuevo para mi hijo/a
- 4a. ¿Qué tanto problema tuvo?
- 1 Mucho problema  
2 Poco problema  
No conseguí un doctor o enfermera personal nuevo para mi hijo/a
5. Tiene a una persona que considera el doctor o enfermera personal de su hijo/a? Si su hijo/a tiene más de un doctor o enfermera personal, escoja a la persona que su hijo/a ve más seguido.
- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 8 en la Pagina 2
6. En los últimos 6 meses, cuando su hijo/a fue al consultorio o a la clínica de su doctor enfermera personal, ¿qué tan seguido habló el doctor o enfermera con usted sobre cómo se está sintiendo, creciendo, o comportando su hijo/a?
- 1 Nunca  
2 A veces  
3 Normalmente  
4 Siempre  
Mi hijo/a no tiene un doctor o enfermera personal.

7. Queremos saber cómo califica al doctor o enfermera personal de su hijo/a. Si su hijo/a tiene más de un doctor o enfermera personal, escoja la persona que su hijo ve más seguido.

Use cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor doctor o enfermera personal posible, y 10 es el mejor doctor o enfermera personal posible. ¿Cómo califica al doctor o enfermera personal de su hijo/a ahora?

- 0 Peor doctor o enfermera personal posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor doctor o enfermera personal posible
- Mi hijo/a no tiene un doctor o enfermera personal.

## OBTENER ATENCION MEDICA DE UN ESPECIALISTA

---

Quando conteste las siguientes preguntas, no incluya visitas al dentista.

8. Los Especialistas son doctores como los cirujanos, los doctores del corazón, los doctores para las alergias, los dermatólogos (doctores de la piel), y otros doctores que se especializan en un área del cuidado de la salud.

En los últimos 6 meses, ¿ha pensado usted o su doctor que su hijo/a necesitaba ver a un especialista?

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No **Pase a la Pregunta 10**

9. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema en conseguir una referencia (“referral”) para ver al especialista que su hijo/a necesitaba ver?

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No **Pase a la Pregunta 10 en la Pagina 3**

Mi hijo/a no tuvo que ver a un especialista en los últimos 6 meses.

- 9a. ¿Qué tanto problema tuvo?

- <sup>1</sup> Mucho problema
- <sup>2</sup> Poco problema
- Mi hijo/a no tuvo que ver a un especialista en los últimos 6 meses.

10. En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a vió a un especialista?

1 Sí

2 No Pase a la Pregunta 13

11. Queremos saber cómo califica al especialista que su hijo/a vió más seguido en los últimos 6 meses incluyendo a un doctor personal si él o ella era un especialista.

Use cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor especialista posible, y 10 es el mejor especialista posible. ¿Cómo califica al especialista de su hijo/a?

0 Peor especialista posible

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Mejor especialista posible

Mi hijo/a no vió a un especialista en los últimos 6 meses.

12. En los últimos 6 meses, ¿el especialista que su hijo/a vio más seguido era el mismo doctor que el doctor personal de su hijo/a?

1 Sí

2 No

Mi hijo/a no tiene un doctor personal o no vio a un especialista en los últimos 6 meses.

## LLAMADAS A LAS OFICINAS MEDICAS

---

13. En los últimos 6 meses, ¿llamó a un consultorio médico o a una clínica durante horas normales de oficina para recibir ayuda o consejos para su hijo/a?

1 Sí

2 No Pase a la Pregunta 15 en la Pagina 4

14. En los últimos 6 meses, cuando llamó durante horas normales de oficina, ¿qué tan seguido recibió la ayuda o los consejos que necesitaba para su hijo/a?

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

No llamé por ayuda o consejos para mi hijo/a durante horas normales de oficina en los últimos 6 meses.

**EL CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO/A  
EN LOS ULTIMOS 12 MESES**

---

15. Un profesional de salud puede ser un médico general, un médico especialista, una enfermera practicante, un asistente médico, o cualquier otra persona que usted consulta para la atención médica de su hijo/a.

En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para su hijo/a con un doctor o con otro profesional de salud para que recibiera cuidado de salud normal o de rutina?

- 1 Sí  
2 No **Pase a la Pregunta 17**

16. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido consiguió una cita tan pronto como quiso, para que su hijo/a recibiera cuidado de salud normal o de rutina?

- 1 Nunca  
2 A veces  
3 Normalmente  
4 Siempre  
Mi hijo/a no necesitó una cita para cuidado normal o de rutina en los últimos 6 meses.

17. En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a tenía una enfermedad o estaba lastimado/a y necesitaba atención inmediata de un consultorio médico, de una clínica, o de una sala de urgencias o de emergencia?

- 1 Sí  
2 No **Pase a la Pregunta 19**

18. En los últimos 6 meses, cuando su hijo/a necesitaba atención inmediata para una enfermedad o porque estaba lastimado/a, ¿qué tan seguido recibió su hijo/a atención tan pronto como usted quería?

- 1 Nunca  
2 A veces  
3 Normalmente  
4 Siempre  
Mi hijo/a no necesitó atención inmediata para una enfermedad o herida en los últimos 6 meses.

19. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue su hijo/a a una sala de urgencias o de emergencias?

Ninguna  
\_\_\_\_\_ Número de veces  
(Escriba.)

20. En los últimos 6 meses (sin contar las veces que su hijo/a fue a una sala de urgencias o de emergencia), ¿cuántas veces llevó a su hijo/a a un consultorio médico o a una clínica para que el/ella recibiera atención?

Ninguna **Pase a la Pregunta 35 en la Pagina 7**

- 1 1  
2 2  
3 3  
4 4  
5 5 a 9  
6 10 o más

**21. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema en conseguir la atención que usted o su doctor creían que era necesaria?**

1 Sí

2 No **Pase a la Pregunta 22**

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**21a. ¿Qué tanto problema tuvo?**

1 Mucho problema

2 Poco problema

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**22. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema con demoras o tardanzas en recibir atención médica para su hijo/a mientras esperaba recibir una autorización de su plan de salud?**

1 Sí

2 No **Pase a la Pregunta 25**

**22a. ¿Qué tanto problema tuvo?**

1 Mucho problema

2 Poco problema

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**23. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido esperó su hijo/a en el consultorio médico o clínica por más de 15 minutos después de la hora de su cita para ver a la persona que su hijo/a fue a ver?**

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**24. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido lo/la trataron a usted y a su hijo/a con cortesía y respeto el personal de oficina del consultorio médico o de la clínica de su hijo/a?**

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**25. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido estuvieron tan dispuestos o interesados en ayudarle como usted pensaba que debían estarlo, el personal de oficina del consultorio médico o de la clínica de su hijo/a?**

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**26. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido lo/la escucharon con atención a usted los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo/a?**

- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 Normalmente
  - 4 Siempre
- Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**27. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido tuvo dificultad hablando con o entendiendo a los doctores o a otros profesionales de salud de su hijo/a porque ustedes hablaban idiomas diferentes?**

- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 Normalmente
  - 4 Siempre
- Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**28. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido le explicaron las cosas los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo/a de forma que usted pudiera entender?**

- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 Normalmente
  - 4 Siempre
- Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**29. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido mostraron respeto por lo que usted tenía que decir los doctores o los otros profesionales de salud de su hijo/a?**

- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 Normalmente
  - 4 Siempre
- Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**30. ¿Su hijo/a es lo suficiente mayor para poder hablar con los doctores sobre su cuidado de salud?**

- 1 Sí
  - 2 No
- Pase a la Pregunta 33 en la Pagina 7**

**31. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido tuvo dificultad su hijo/a hablando con o entendiendo a los doctores o a otros profesionales de salud de su hijo/a porque hablaban idiomas diferentes?**

- 1 Nunca
  - 2 A veces
  - 3 Normalmente
  - 4 Siempre
- Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses o mi hijo/a no tiene edad para hablar con doctores.

**32. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido le explicaron a su hijo/a las cosas de forma que su hijo/a pudiera entender?**

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses o mi hijo/a no tiene edad para hablar con doctores.

**33. En los últimos 6 meses, ¿qué tan seguido pasaron suficiente tiempo con su hijo/a los doctores o los otros profesionales de salud?**

1 Nunca

2 A veces

3 Normalmente

4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**34. Queremos saber cómo califica el cuidado de salud de su hijo/a en los últimos 6 meses de todos sus doctores y otros profesionales de salud.**

**Use cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor cuidado de salud posible, y 10 es el mejor cuidado de salud posible. ¿Cómo califica todo el cuidado de salud de su hijo/a?**

0 Peor cuidado de salud posible

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Mejor cuidado de salud posible

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses.

**35. Un intérprete es alguien que repite lo que una persona dice en el idioma de la otra persona, o para la gente sorda, hace señas.**

**En los últimos 6 meses, ¿necesitó un intérprete para ayudarle a hablar con los doctores o con otros profesionales de salud de su hijo/a?**

1 Sí

2 No

**Pase a la Pregunta 37 en la Pagina 8**

**36. En los últimos 6 meses, cuando usted necesitó un intérprete para ayudarle a hablar con los doctores o con otros profesionales de salud de su hijo/a, ¿qué tan seguido le dieron uno?**

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Normalmente
- 4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses o no necesitó un intérprete en los últimos 6 meses

**37. En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a necesitó un intérprete para ayudarle a hablar con los doctores o con otros profesionales de salud?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 39**

**38. En los últimos 6 meses, cuando su hijo/a necesitó un intérprete para ayudarle a hablar con los doctores o con otros profesionales de salud, ¿qué tan seguido le dieron uno?**

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Normalmente
- 4 Siempre

Mi hijo/a no tuvo consultas médicas en los últimos 6 meses o no necesitó un intérprete en los últimos 6 meses.

**39. ¿Su hijo/a tiene 2 años de edad o menos?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 43 en la Pagina 9**

**40. El consultorio médico, la clínica o el plan de salud le puede mandar recordatorios de sus citas por correo, le pueden llamar por teléfono para recordarle que tiene una cita, o se lo pueden decir en persona durante una visita.**

**Después de que nació su hijo/a ¿le recordaron o le mandaron un recordatorio para que lo/la llevara para un chequeo para ver cómo estaba el o ella o para que le pusieran inyecciones o gotas?**

- 1 Sí
- 2 No

**41. Desde que nació su hijo/a, ¿lo/la ha llevado al doctor o con otro profesional de salud para un chequeo para ver cómo estaba el o ella o para que le pusieran inyecciones o gotas?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 43 en la Pagina 9**

**42. ¿Consiguió una cita tan pronto como quería para la primera visita de su hijo/a al doctor o con otro profesional de salud para un chequeo, o para que le pusieran inyecciones o gotas?**

- 1 Sí
- 2 No

## **EL PLAN DE SALUD DE SU HIJO/A**

Las siguientes preguntas son sobre su experiencia con el plan de salud de su hijo/a.

43. Algunos estados les pagan a los planes de salud para que cuiden a la gente que está cubierta por {Medicaid/State name for Medicaid}. Con estos planes de salud, posiblemente tenga que escoger un doctor de la lista del plan de salud de su hijo/a o llevarlo/a a una clínica o centro de cuidado de salud de la lista del plan.

¿Está cubierto/a su hijo/a por un plan así?

- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 49

44. ¿Este es el seguro de salud que usted usa para todo o la mayoría del cuidado de salud de su hijo/a?

- 1 Sí  
2 No

45. ¿Cuántos meses o años seguidos ha estado su hijo/a con este plan de salud?

- 1 Menos de 6 meses  
2 6 hasta 12 meses  
3 12 hasta 24 meses  
4 2 hasta 5 años  
5 5 hasta 10 años  
6 10 más años

46. ¿Escogió el plan de salud de su hijo/a o le dijeron en qué plan estaba su hijo/a?

- 1 Escogí el plan de mi hijo/a  
2 Me dijeron en qué plan estaba mi hijo/a

47. Usted puede conseguir información sobre los servicios del plan de salud de su hijo/a por escrito, por teléfono, o en persona.

¿Consiguió cualquier información sobre el plan de salud de su hijo antes de inscribirlo/a en él?

- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 49

48. ¿Cuánta de la información que le dieron antes de inscribir a su hijo/a en el plan era correcta?

- 1 Toda  
2 La mayoría  
3 Algo  
4 Nada  
No conseguí ninguna información sobre el plan de mi hijo/a.

49. En los últimos 6 meses, ¿buscó cualquier información en los folletos o materiales del plan de salud de su hijo/a?

- 1 Sí  
2 No Pase a la Pregunta 51 en la Pagina 10

**50. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema en encontrar o comprender la información en los folletos o materiales del plan de salud de su hijo/a?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 51**  
No busqué información del plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**50a. ¿Qué tanto problema tuvo?**

- 1 Mucho problema
- 2 Poco problema  
No busqué información del plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**51. En los últimos 6 meses, ¿llamó al servicio al cliente del plan de salud de su hijo/a para conseguir información o ayuda para su hijo/a?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 53**

**52. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema en conseguir información o ayuda cuando llamó al servicio al cliente del plan de salud de su hijo/a?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 53**  
No llamé al servicio al consumidor del plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**52a. ¿Qué tanto problema tuvo?**

- 1 Mucho problema
- 2 Poco problema  
No llamé al servicio al consumidor del plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**53. Por papeleo queremos decir hacer cosas como conseguir una tarjeta de identidad para su hijo/a, pedir que cambien la información en los registros de su hijo/a, procesar formas, u otro papeleo relacionado a recibir atención médica.**

**En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna experiencia con papeleo para el plan de salud de su hijo/a?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 55 en la Pagina 11**

**54. En los últimos 6 meses, ¿tuvo algún problema con papeleo para el plan de salud de su hijo/a?**

- 1 Sí
- 2 No **Pase a la Pregunta 55 en la Pagina 11**  
No tuve ninguna experiencia con papeleo para el plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**54a. ¿Qué tanto problema tuvo?**

- 1 Mucho problema
  - 2 Poco problema
- No tuve ninguna experiencia con papeleo para el plan de salud de mi hijo/a en los últimos 6 meses.

**55. Queremos saber cómo califica toda su experiencia con el plan de salud de su hijo/a.**

Use cualquier número del 0 al 10 donde 0 es el peor plan de salud posible, y 10 es el mejor plan de salud posible. ¿Cómo califica el plan de salud de su hijo/a ahora?

- 0 Peor plan de salud posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor plan de salud posible

**SOBRE SU HIJO/A Y USTED**

---

**56. En general, ¿cómo califica la salud de su hijo/a ahora?**

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

**57. ¿Su hijo/a tiene cualquier tipo de problema emocional, de desarrollo, o de comportamiento ahora para el cual el o ella ha recibido tratamiento, terapia o consejería?**

- 1 Sí
- 2 No

**58. ¿Cuántos años tiene su hijo/a ahora?**

- 0 Menos de un año  
\_\_\_\_\_ ANOS (Escriba.)

**59. ¿Su hijo/a es niño o niña?**

- 1 Niño
- 2 Niña

**60. ¿Su hijo/a es de ascendencia Hispánica o Latina?**

- 1 Hispano/a o Latino/a
- 2 No Hispano/a ni Latino/a

**61. ¿De qué raza es su hijo/a? Por favor marque una o más.**

- 1 Blanco/a
- 2 Negro/a o Afroamericano/a
- 3 Asiático
- 4 Nativo/a Hawaiano/a o de otras islas del Pacífico
- 5 Indígena Americano/a o nativo/a de Alaska

**62. ¿Cuántos años tiene usted ahora?**

- 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 o más

**63. ¿Es usted hombre o mujer?**

- 1 Hombre
- 2 Mujer

**64. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted ha completado?**

- 1 8 años de escuela primaria o menos
- 2 Algo de secundaria, pero no se graduó
- 3 Graduado de la escuela secundaria o equivalente (GED)
- 4 Un poco de "college" o un título de 2 años
- 5 Graduado/a de una universidad de 4 años
- 6 Estudios superiores a la universidad de 4 años

**65. Principalmente, ¿qué idioma habla en su casa?**

- 1 Inglés
  - 2 Español
  - 3 Algun otro idioma (*por favor use letras de molde*)
- 

**66. ¿Cómo está relacionado/a al niño/a?**

- 1 Madre o padre
- 2 Abuelo/a
- 3 Tío/a
- 4 Hermano/a mayor
- 5 Otro pariente
- 6 Guardián legal

**67. ¿Aparece usted en los registros de Medicaid como el/la beneficiario/a de los cheques del niño/a (es decir, los cheques del niño/a vienen a nombre de usted)?**

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No

**67a. ¿Aparece usted en los registros de Medicaid como el tutor o la tutora del niño/a?**

- <sup>1</sup> Sí
- <sup>2</sup> No

---

**GRACIAS**

**Por favor envíenos la encuesta en el sobre con el porte pagado.**