



Frequently Asked Questions—Spanish PCF PECS (CAHPS with PCF Supplemental Items)

Overview

This document provides survey customer support personnel guidance on responding to frequently asked questions from sample respondents answering the PCF PECS. It provides answers to general questions about the survey, concerns about participating in the survey, and questions about completing/returning the survey. Survey Vendors may amend the document to be specific to their operations or revise individual responses for clarity.

Note: Survey vendors conducting the PCF PECS must NOT attempt to influence or encourage patients to answer items in a particular way. For example, the Survey Vendor must NOT say, imply or persuade patients to respond to items in a particular way. In addition, Survey Vendors must NOT indicate or imply in any manner that the practice site, its primary care providers, or its staff will appreciate or gain benefits if patients respond to the items in a particular way.

I. General questions about the survey

- **¿Quién patrocina esta encuesta?**

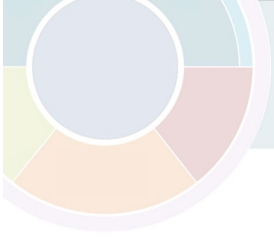
El consultorio de su proveedor está participando en un programa dirigido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés) para saber cómo pueden mejorar la experiencia y salud de sus pacientes. El Departamento de Salud y Servicios Humanos y el consultorio de su proveedor están trabajando con un administrador de encuestas independiente para realizar la encuesta.

- **¿Quién está realizando esta encuesta?**

Soy un(a) entrevistador(a) de [*Survey Vendor*], contratado(a) por [*Practice Name*] para realizar esta encuesta para ayudarles a obtener las opiniones de sus pacientes.

- **¿Cuál es el propósito de esta encuesta?**

Sus respuestas ayudarán a mejorar el cuidado primario en los Estados Unidos. Su proveedor realiza esta encuesta para saber cómo pueden mejorar la calidad de la atención médica que usted y otros pacientes reciben. Sus opiniones les informan cómo se están desempeñando y en qué áreas pueden mejorar. Sus respuestas individuales son confidenciales y su proveedor nunca las verá.



- **¿Cómo puedo verificar que esta encuesta es legítima?**

Puede comunicarse con *[Practice Name]* al [TELEPHONE NUMBER] para obtener información sobre la encuesta.

- **¿Cómo sé que usted realmente es un(a) entrevistador(a) para esta encuesta?**

Puede comunicarse con mi supervisor(a), [SUPERVISOR NAME], al [TELEPHONE NUMBER] para obtener información sobre la encuesta.

- **¿Con quién puedo comunicarme si tengo preguntas sobre el estudio?**

Si le gustaría hablar con un representante del estudio, puede llamar gratis a [SUPERVISOR NAME], al [TELEPHONE NUMBER].

- **¿Hay alguna agencia del gobierno con la que me pueda comunicar para obtener más información sobre esta encuesta?**

Si usted es beneficiario(a) de Medicare/Medicaid, puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid al 1-800-633-4227 para obtener más información sobre la Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente.

Su proveedor de cuidado primario también le puede proporcionar más información sobre la encuesta. Es posible que haya visto un cartel que anuncia la encuesta en el consultorio de su proveedor.

- **¿Cómo sé que esto es confidencial?**

Toda la información que recopilamos a través de la encuesta es confidencial. El personal de investigación científica verá sus respuestas, y ellos han firmado declaraciones de confidencialidad. Destruimos toda la información de identificación una vez finalizado el periodo de la encuesta. Toda la información recopilada se combinará antes de compartirla con los consultorios. Su proveedor solo verá los resultados en forma de resumen, sin nombres, por lo que no sabrá quién respondió o la forma en que alguien respondió.

- **¿Cuánto tiempo tomará esto?**

Esta encuesta toma en promedio unos 20 minutos en completarse. Haré las preguntas lo más rápido posible. [NOTE: SURVEY COMPLETION TIME WILL DEPEND ON WHETHER OTHER NON-CAHPS SURVEY ITEMS ARE ADDED TO THE QUESTIONNAIRE.]



- **¿Qué tipo de preguntas me harán?**

Esta encuesta hace preguntas sobre sus experiencias de atención médica con su proveedor de cuidado primario. Hacemos preguntas tales como:

- Qué tan fácil o difícil fue para usted hacer una cita y obtener atención médica,
- Si se sintió escuchado(a), y
- Qué tan claramente le explicaron los proveedores lo que tenía que hacer para saber cuidarse y mantenerse saludable.

También hace algunas preguntas demográficas y sobre la salud en general. Su participación en la encuesta proporciona información valiosa que el consultorio de su proveedor puede usar para mejorar la calidad de atención médica que recibe. Su proveedor solo verá los resultados en forma de resumen, sin nombres, por lo que no sabrá quién respondió o la forma en que alguien respondió.

- **¿Cómo obtuvieron mi nombre? ¿Cómo me seleccionaron para la encuesta?**

Su nombre fue seleccionado al azar de una lista de todos los pacientes de [*Practice Name*].

- **No estoy contento(a) con la atención médica que estoy recibiendo de parte de mi proveedor de cuidado primario. ¿con quién puedo hablar acerca de esto?**

Registraré su queja. Sin embargo, esta línea de ayuda está destinada a proporcionar información sobre la Encuesta de Experiencias de Cuidado del Paciente. Si usted es un beneficiario de Medicare o Medicaid, hay un número al que puede llamar si tiene alguna preocupación sobre los doctores. El número es 1-800-633-4227.

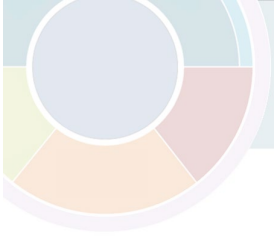
II. *Concerns about participating in the survey*

- **¿Cómo se usarán los resultados del estudio?**

Sus respuestas ayudarán al consultorio de su proveedor de atención médica a mejorar la experiencia y la salud de sus pacientes.

- **¿Dónde puedo ver los resultados del estudio?**

Muchas gracias por su interés. Los resultados de esta encuesta no se informarán públicamente. El consultorio de su proveedor recibirá los informes en forma de resumen.



- **¿Tengo que tomar parte en este estudio?**

Su participación en esta encuesta es voluntaria; toda la información que proporcione en esta encuesta se mantendrá confidencial. Su proveedor de cuidado primario no verá sus respuestas individuales a esta encuesta, ni sabrá si usted participó o no.

También es importante que sepa que ni su decisión de participar o no en esta encuesta, ni sus respuestas a las preguntas de la encuesta, afectaran los beneficios de atención médica que recibe ahora o que espera recibir en el futuro.

También puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta que le haga sentirse incómodo(a). Pero esperamos que participe ya que las opiniones que proporcione ayudarán al consultorio de su proveedor de atención médica a mejorar la experiencia y la salud de sus pacientes.

- **¿Qué es lo que tengo que hacer?**

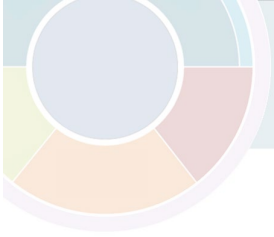
Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su opinión acerca de su doctor de cuidado primario, del personal del consultorio con el que se ha comunicado y sus experiencias en el consultorio del proveedor que visitó en los últimos 6 meses. Esta encuesta toma en promedio unos 20 minutos en completarse y haré las preguntas lo más rápido posible.

- **¿Puede mi (espos(a), hijo(a), tutor legal, etc.) responder a estas preguntas por mí?**

Alguien como un familiar o una amistad puede ayudar a un paciente al marcar las respuestas del paciente, leer la encuesta al paciente o traducirla al idioma del paciente. Sin embargo, si un paciente no puede responder debido a una enfermedad o limitaciones mentales o físicas, alguien como un familiar o una amistad que tenga conocimiento sobre la atención médica del paciente puede contestar la encuesta en nombre del paciente.

- **¿Por qué quiere saber sobre todas estas cosas personales sobre mí si esta es una encuesta sobre mis experiencias de cuidado primario?**

Entiendo su preocupación sobre las preguntas acerca de su salud y su información general. Hemos observado que las experiencias de las personas pueden ser diferentes de acuerdo con su estado de salud actual y otras características. Esta es una encuesta muy importante. Si alguna pregunta le causa molestia, solo dígame que prefiere no contestarla y pasaré a la siguiente pregunta.



- **Estoy en el *Registro Nacional No Llame*. ¿Por qué me está llamando?**

El Registro Nacional No Llame detiene las llamadas de telemarketing y ventas. Nosotros estamos realizando una encuesta de estudio científico en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, también conocido como DHHS, por sus siglas en inglés. No estamos llamando para vender o promocionar ningún producto o servicio.

- **¡No responderé muchas preguntas por teléfono!**

Su cooperación es muy importante para nosotros. La información que proporcione en esta encuesta ayudará a su proveedor de cuidado primario a mejorar la atención que brinda. Todas las respuestas que dé en esta encuesta se mantendrán completamente confidenciales. Permítame comenzar y podrá ver cómo son las preguntas.

- **¡No me cae bien mi doctor de cuidado primario!**

Lo comprendo. Sus opiniones son muy importantes y ayudarán al consultorio de su proveedor de cuidado primario a entender cómo mejorar la atención que brinda. Registraré su queja. Sin embargo, esta línea de ayuda está destinada a proporcionar información sobre la Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente. Si usted es un beneficiario(a) de Medicare o Medicaid, hay un número al que puede llamar si tiene preocupaciones sobre los doctores. El número es 1-800-633-4227. [NOTE: DO NOT ARGUE BACK. MAKE SHORT, NEUTRAL COMMENTS TO LET THEM KNOW THAT YOU ARE LISTENING AND IMMEDIATELY ASK THE FIRST QUESTION.]

III. *Questions about Completing/Returning the Survey*

- **¿Hay una fecha límite para completar la encuesta?**

[Before telephone follow-up begins]—Ya que tenemos que comunicarnos con muchas personas, sería de gran ayuda si la pudiera devolver en los próximos días.

[After start of telephone follow-up] Necesitamos finalizar todas las entrevistas lo antes posible, pero ya que tenemos que comunicarnos muchas personas, sería de gran ayuda si la pudiera completar en este momento. Si no tiene tiempo, tal vez podría programar una cita para algún momento dentro de los próximos días.

- **¿Dónde escribo mi nombre y dirección en el cuestionario?**

No debe escribir su nombre ni su dirección en el cuestionario. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite averiguar qué participantes han devuelto un cuestionario completo. Esto se hace para mantener su confidencialidad y privacidad.



- **¿Puede alguien más completar la encuesta en nombre del paciente?**

Alguien como un familiar o una amistad puede ayudar a un paciente al marcar las respuestas del paciente, leer la encuesta al paciente o traducirla al idioma del paciente. Sin embargo, si un paciente no puede responder debido a una enfermedad o limitaciones mentales o físicas, alguien como un familiar o una amistad que tenga conocimiento sobre la atención médica del paciente puede contestar la encuesta en nombre del paciente.

- **Si poseo un poder notarial, ¿puedo completar la encuesta?**

Alguien como un familiar o una amistad puede ayudar a un paciente al marcar las respuestas del paciente, leer la encuesta al paciente o traducirla al idioma del paciente. Sin embargo, si un paciente no puede responder debido a una enfermedad o limitaciones mentales o físicas, alguien como un familiar o una amistad que tenga conocimiento sobre la atención médica del paciente puede contestar la encuesta en nombre del paciente.

- **Solo vi a este proveedor a través de una visita de telesalud/visita electrónica. ¿Aún tengo que completar la encuesta?**

Sí, por favor responda la encuesta teniendo en cuenta todas las visitas al consultorio en los últimos 6 meses, ya sea en persona o visita de telesalud.