

Primary Care First (PCF) Patient Experience of Care (PEC) Survey CAHPS®

Propósito del estudio/ ¿Por qué debería participar?

“El propósito de este estudio es mejorar el cuidado primario en los Estados Unidos. Su proveedor de cuidado primario realiza esta encuesta para saber cómo puede mejorar la calidad del cuidado que usted y otros pacientes reciben. Sus opiniones les informan cómo se están desempeñando y cómo pueden mejorar”.

IF NEEDED: “Combinaremos sus respuestas con las de las otras personas para crear un informe resumido para su proveedor”.

“La participación es voluntaria, confidencial y muy importante para su proveedor para ayudar a mejorar el cuidado primario en los Estados Unidos”.

¿De dónde me está llamando?

“Estoy llamando en nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para realizar la Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente”.

Información de contacto del estudio

Included in the survey letters
Helpdesk: [INSERT VENDOR PHONE NUMBER HERE]
Helpdesk Email: [INSERT VENDOR EMAIL HERE]

Patrocinador

“El consultorio de su proveedor es parte de un programa dirigido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) para saber cómo pueden mejorar la experiencia y la 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. Su proveedor proporcionó al administrador de encuestas una lista de sus pacientes activos para comunicarse con ellos”.

¿Qué tipo de preguntas se 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?
- ¿Se sintió escuchado(a)?
- ¿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 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”.

¿Cómo obtuvieron mi nombre?

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

IF NEEDED: “Estoy llamando de [INSERT VENDOR NAME HERE], un administrador de encuestas independiente contratado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para realizar esta encuesta en colaboración con el consultorio de su proveedor de cuidado primario”.

IF NEEDED: “Es posible que no recuerde haber visto al doctor en ese consultorio o lugar, pero el consultorio nos proporcionó su nombre como paciente actual o reciente. Si me permite un momento, tengo una lista de proveedores médicos de este consultorio que podría reconocer”.

¿Sabrá mi doctor/proveedor mis respuestas a estas preguntas?

“Toda la información que recopilamos a través de la encuesta es confidencial. 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. Aunque sus respuestas no están asociadas a usted, estas ayudan a su proveedor a mejorar la experiencia y la salud de sus pacientes”.

IF NEEDED: “El administrador de encuestas tiene su nombre, su dirección y su número de teléfono para saber cómo comunicarse con usted. Ellos destruyen toda la información de identificación una vez finalizada la encuesta”.

¿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”.

Interviewer Information: PECS Schedule

Modes	Date	Languages	Respondent Types
Mail	Sept. 22–Dec. 16	English, Spanish	Patient, Proxy
Telephone	Nov. 17–Dec. 16	English, Spanish	Patient, Proxy

<p style="text-align: center;"><u>Eligibility Criteria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ At least 18 years of age ✓ Reside in the United States ✓ Received services from specified primary care practice in the past 6 months x Institutionalized (nursing home, jail, prison) x Deceased 	<p style="text-align: center;"><u>Estoy en el Registro Nacional No Llame. ¿Por qué me están llamando?</u></p> <p>“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 HHS, por sus siglas en inglés. No estamos llamando para vender o promocionar ningún producto o servicio”.</p>
--	--

<p style="text-align: center;"><u>Concerns About HIPAA</u></p> <p>“Nos tomamos muy en serio la privacidad y la confidencialidad del paciente. Su proveedor compartió su nombre y su número de teléfono con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y con sus contratistas bajo la sección de mejora de la calidad de HIPAA. El proveedor y el administrador de la encuesta están sujetos a todas las reglas de confidencialidad de HIPAA y deben seguir todas las leyes y regulaciones de privacidad. Todo el personal de la encuesta ha firmado acuerdos de confidencialidad. Toda la información de identificación se destruirá una vez finalizada la encuesta”.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Complaints About Doctor/Provider/Practice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Use a neutral response such as “Siento mucho escuchar eso.” Redirect the respondent back to the survey. ○ If the respondent insists that you escalate the complaint, instruct them to call his/her doctor’s office, insurance company, or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
--	--

<p style="text-align: center;"><u>Criteria for Allowing a Proxy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Physically or mentally incapable ✓ Assisted living/group home ✓ Language barrier other than Spanish x Deceased x Under 18 x Unavailable/out of country x Institutionalized (nursing home, jail, prison) x Does not want to do the survey 	<p style="text-align: center;"><u>¿Puede alguien más completar la encuesta en nombre del paciente?</u></p> <p>“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”.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Proxy Qualifications</u></p> <p>Use these guidelines to help a person decide if they qualify as a proxy respondent</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ At least 18 years of age ✓ Knowledgeable about the patient’s care
--	---	--

<p style="text-align: center;"><u>Legitimacy Concerns</u></p> <p>“Esta es una encuesta oficial del gobierno patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Todos los materiales de la encuesta que reciba tendrán el logotipo del Departamento de Salud y Servicios Humanos impreso en ellos. Su consultorio de cuidado primario tiene conocimiento sobre esta encuesta y anima a los pacientes a completarla. Es posible que haya visto un cartel al respecto en el consultorio de su proveedor de cuidado primario”.</p> <p>IF NEEDED:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beneficiarios de Medicare: 1-800-633-4227 para más información sobre la Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente ○ Sitio web del Cuidado Primario (PCF): https://www.innovation.cms.gov y escriba PCF en el campo de búsqueda (note que el sitio web está disponible en inglés solamente) ○ Dirección de correo electrónico de la línea de ayuda: [INSERT VENDOR EMAIL HERE] 	<p style="text-align: center;"><u>¿Cuánto tiempo tomará esto?</u></p> <p>“La encuesta toma unos 20 minutos.¹ Podemos comenzar ahora y haré las preguntas lo más rápido posible para ahorrarle tiempo”.</p>
---	--

¹ Vendors with APPROVED exceptions requests only—you may edit this time estimate to match the approved time listed in the cover letter and CATI script.
Rev. January 2025