# 2025 Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

## Computer Assisted Telephone Interview Script

**Language: Spanish**

**Data Collection: 2025**

**Reference Period: 6 months**

### Interviewer/CATI Programmer Formatting Conventions

**Note:** The following formatting conventions are used only for the purposes of this document. Vendors may use their own formatting conventions, if different from those presented here, as long as the intended results are the same (e.g., the same text is read aloud, the same words are emphasized, the same programming instructions are implemented) and the conventions are applied consistently throughout the script.

* CATI programmer instructions appear in [ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN BRACKETS].
* Inserts or fills from the sample frame and vendor-generated information appear in {ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN CURLY BRACKETS}.
* Interviewer instructions appear in (SPANISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN PARENTHESES).
* Text in UPPERCASE LETTERS should not be read aloud. For example, “DON’T KNOW” and “REFUSED” answer categories appear in uppercase and should not be read to the respondent, but may be used for coding a response.
* Interviewers should read aloud all text that appears in **bold,** **lowercase letters**.
* Text that is underlined should be emphasized by the interviewer.

***Note:*** *A comprehensive list of telephone survey requirements is available in the Prepare for Data Collection section of the 2025 QHP Enrollee Survey Technical Specifications.*

### Guion de introducción

[HELLO] **Hola, ¿puedo hablar con** {ENROLLEE’S NAME}**?**

1 SÍ à [GO TO INTRO1]

2 NO DISPONIBLE à [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA à [CODE AS REFUSAL]

(SI PREGUNTA QUIÉN LLAMA, DIGA: **Mi nombre es** {INTERVIEWER NAME} **y llamo de** {VENDOR NAME} **en nombre de** {QHP ISSUER NAME}.)

[INTRO1] **Hola, mi nombre es** {INTERVIEWER NAME} **y llamo de** {VENDOR NAME} **en nombre de** {QHP ISSUER NAME} **para pedirle que participe en un estudio confidencial acerca de su experiencia de atención de salud con** {QHP ISSUER NAME} **de julio a diciembre de 2024. Sus respuestas son muy importantes y se usarán para ayudar a las personas a comparar los planes de salud en el futuro. Su participación es voluntaria y no afectará los beneficios que recibe. La entrevista debería tomar unos 10 minutos para completar. Es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad.**

[OPTIONAL TO INCLUDE]: **Si este es un momento conveniente, quisiera comenzar ahora con la entrevista.**

(RESPONDA CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA.)

(SI LA PERSONA INSCRITA NO TIENE TIEMPO PARA PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA AHORA, SELECCIONE LA OPCIÓN 2 PARA PROGRAMAR UNA LLAMADA DE VUELTA.)

(SI PARECE QUE LA PERSONA INSCRITA NO ES MENTALMENTE/FÍSICAMENTE CAPAZ DE COMPLETAR LA ENCUESTA, SELECCIONE LA OPCIÓN 4 PARA DETERMINAR SI HAY UN REPRESENTANTE DISPONIBLE. LA PERSONA INSCRITA DEBE DAR PERMISO PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.)

(SI LA PERSONA INSCRITA ES MENTALMENTE/FÍSICAMENTE CAPAZ DE COMPLETAR LA ENCUESTA PERO SOLICITA UN REPRESENTANTE, SELECCIONE LA OPCIÓN 5.)

1 SÍ/CONTINÚE  [GO TO QUESTION 61]

2 NO DISPONIBLE  [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA  [CODE AS REFUSAL]

4 NO PUEDE FÍSICAMENTE O   
MENTALMENTE  [GO TO INTRO2]

5 NO INCAPACITADO/A FÍSICAMENTE/   
MENTALMENTE PERO SOLICITA UN   
REPRESENTANTE  [GO TO INTRO3]

[INTRO2] **Si necesita ayuda para responder esta entrevista o considera que no puede responderla solo/a, puede pedirle a un miembro de la familia o amigo que la responda por usted. Esta persona debe ser alguien que le conozca bien y que pueda responder preguntas sobre la atención de salud que usted ha recibido de julio a diciembre de 2024.** **¿Hay alguna persona disponible que pueda ayudarle o que pueda responder la entrevista en su nombre?**

1. SÍ à [GO TO INTRO2-1]

2 REPRESENTANTE NO DISPONIBLE à [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA  [TERMINATE INTERVIEW, CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE]

[INTRO2-1] **¿Nos da permiso para hacer la entrevista telefónica a esta persona en su nombre?**

1 SÍ à [GO TO INTRO3-1]

2 NO à [TERMINATE INTERVIEW, CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE]

[INTRO3] **¿Para estar seguro de que entiendo, tengo su permiso para que esta persona responda la encuesta en su nombre?**

1 SÍ à [GO TO INTRO3-1]

2 NO à [TERMINATE INTERVIEW, CODE AS REFUSED]

[INTRO3-1] **Hola, mi nombre es** {INTERVIEWER NAME} **y llamo de** {VENDOR NAME} **en nombre de** {QHP ISSUER NAME}**. Le pedimos que participe en un estudio confidencial acerca de la experiencia de atención de salud que** {ENROLLEE NAME} **ha tenido con** {QHP ISSUER NAME} **de julio a diciembre de 2024. Las respuestas de** {él/ella} **son muy importantes y se usarán para ayudar a las personas a comparar los planes de salud en el futuro. La participación de** {él/ella} **es voluntaria y los beneficios que reciba no se verán afectados. La entrevista debería tomar unos 10 minutos para completar.**

**Cuando responda las preguntas de esta encuesta, recuerde que las está respondiendo en nombre de** {él/ella} **y que todas las preguntas de la encuesta se refieren a la experiencia de** {él/ella} **con su plan de salud. Le pedimos que no tenga en cuenta su propia experiencia ni su propia información para responder las preguntas. Es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad.**

[OPTIONAL TO INCLUDE]: **Si este es un momento conveniente, quisiera comenzar ahora con la entrevista.**

(SI EL REPRESENTANTE NO TIENE TIEMPO PARA PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA AHORA, SELECCIONE LA OPCIÓN 2 PARA PROGRAMAR UNA LLAMADA DE VUELTA.)

(DURANTE LA ENTREVISTA, RECUÉRDELE AL REPRESENTANTE QUE ESTÁ RESPONDIENDO PREGUNTAS ACERCA DE LA PERSONA INSCRITA, NO SOBRE SÍ MISMO.)

[FOR PROXY INTERVIEWS, REPLACE SECOND PERSON PRONOUNS (USTED, ETC.) WITH THIRD PERSON PRONOUNS (ÉL/ELLA, ETC.) FOR ALL SURVEY QUESTIONS AND INTERVIEWER PROBES. ADJUST SENTENCE AS NECESSARY TO BE GRAMMATICALLY CORRECT.]

1 SÍ/CONTINÚE  [GO TO QUESTION 61]

2 REPRESENTANTE NO DISPONIBLE  [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA  [CODE AS REFUSAL]

[INTRO4: INBOUND REQUESTS]

**Hola,** {ENROLLEE’S NAME}**. Muchas gracias por su llamada y su interés en la encuesta. Su participación es muy importante para el estudio y sus respuestas se usarán para ayudar a las personas a comparar los planes de salud en el futuro. Antes de empezar, quisiera recordarle que este es un estudio confidencial acerca de la experiencia de atención de salud que ha tenido con** {QHP ISSUER NAME} **de julio a diciembre de 2024. Sus respuestas no afectarán los beneficios que recibe. Esta entrevista debería tomar unos 10 minutos para completar. Es posible que esta llamada sea supervisada o grabada con fines de control de calidad.**

[OPTIONAL TO INCLUDE]: **Si este es un momento conveniente, quisiera comenzar ahora con la entrevista.**

(RESPONDA CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA.)

1 SÍ/CONTINÚE  [GO TO QUESTION 61]

2 NO DISPONIBLE  [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA  [CODE AS REFUSAL]

4 NO PUEDE FÍSICAMENTE O   
MENTALMENTE  [GO TO INTRO2]

5 NO INCAPACITADO/A FÍSICAMENTE/   
MENTALMENTE PERO SOLICITA UN   
REPRESENTANTE  [GO TO INTRO3]

[CALLBACK] **¿Cuándo sería un momento conveniente para volver a llamar?**

(REGISTRE LA HORA PARA VOLVER A LLAMAR EN EL REGISTRO DE LA LLAMADA.)

[CALLBACK TO COMPLETE A PREVIOUSLY STARTED TELEPHONE SURVEY]

**Hola, ¿puedo hablar con** {ENROLLEE OR PROXY NAME}?

1 SÍ à [GO TO CALLBACK TO CONFIRM ENROLLEE OR PROXY]

2 NO DISPONISBLE à [SCHEDULE CALLBACK]

3 NO/SE NIEGA à [CODE AS REFUSAL]

(SI PREGUNTA QUIÉN LLAMA, DIGA: **Hola, mi nombre es** {INTERVIEWER NAME} **y llamo de** {VENDOR NAME} **en nombre de** {QHP ISSUER NAME}. **¿Está**{ENROLLEE OR PROXY NAME} **disponible para responder una encuesta que** {él/ella} **comenzó anteriormente?**)

[CALLBACK TO CONFIRM ENROLLEE OR PROXY]

**Hola, mi nombre es** {INTERVIEWER NAME} **y llamo de** {VENDOR NAME} **en nombre de** {QHP ISSUER NAME**}. Quisiera confirmar que estoy hablando con** {ENROLLEE OR PROXY NAME}. **Estoy llamando para continuar la encuesta comenzada anteriormente.**

[GO TO QUESTION WHERE PREVIOUSLY LEFT OFF.]

### Preguntas de la encuesta

61. ¿Cuál es su sexo?

(LEA OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Es usted…?**)

(SI EL ENCUESTADO QUIERE SABER PORQUE PREGUNTA DE SU SEXO, DIGA: **Preguntamos sobre su sexo por fines demográficos solamente.)**

(SI EL ENCUESTADO RESPONDA CON CUALQUIER RESPUESTA MASCULINA (P. EJ., MASCULINO, HOMBRE, CHICO), SELECCIONE “MASCULINO.” SI EL ENCUESTADO RESPONDA CON CUALQUIER RESPUESTA FEMENINA (P. EJ., FEMENINO, MUJER, CHICA), SELECCIONE “FEMENINO.” SI EL ENCUESTADO RESPONDA CON ALGUNA RESPUESTA QUE NO CORRESPONDA CON “MASCULINO” O “FEMENINO,” SELECCIONE “SE NEGÓ.”)

1 Checkbox MASCULINO

2 Checkbox FEMENINO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Nuestros registros indican que usted en este momento tiene {QHP ISSUER NAME}. ¿Es correcto?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ à[IF YES, GO TO #3]

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

[INCLUDE LIST OF ALL VALID AND INVALID ALIASES PROVIDED IN EXHIBIT 54 OF THE 2025 QHP ENROLLEE SURVEY TECHNICAL SPECIFICATIONS AND ALL ALIASES RECEIVED FROM QHP ISSUER.]

(ANOTE LAS RESPUESTAS PALABRA POR PALABRA.)

(PARA DETERMINAR SI EL ALIAS ES APTO, DIGA: **Somos conscientes de que su tiempo es valioso y queremos asegurarnos de que es elegible para la encuesta en función de su respuesta. Muchas gracias por su paciencia mientras lo confirmamos.**)

*(Blank line for filling in.)*

1 Checkbox ALIAS VÁLIDO O POSIBLEMENTE VÁLIDO à(DIGA: **Muchas gracias. El plan que usted mencionó es el mismo que** {QHP ISSUER NAME}**. ¿Puedo continuar con la encuesta?**)

2 Checkbox ALIAS INVÁLIDO à(DIGA: **Muchas gracias por su tiempo. Parece que hemos cometido un error. Que tenga un buen día/una buena tarde.)** [TERMINATE INTERVIEW, CODE AS X40—INELIGIBLE: NOT ELIGIBLE.]

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud.

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le brindaron la internet o documentos escritos la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no buscó ninguna información acerca de su plan de salud?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no buscó ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por servicios o equipos?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no buscó ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no se comunicó con el servicio al cliente de su plan de salud para obtener información o ayuda?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?** à[IF NOT APPLICABLE, GO TO #9]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #9]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #9]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado que lo que esperaba? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque su plan de salud no le dio formularios a completar?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?** à[IF NOT APPLICABLE, GO TO #13]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #13]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #13]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó su plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma de preferencia los formularios que usted tenía que completar? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no necesitó formularios en un formato diferente?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud no pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO O NO SABE QUÉ CONTESTAR, DIGA: **Esta pregunta se refiere a cuán frecuentemente su plan de salud no pagó la atención.** **Voy a repetir la pregunta.** REPITA LA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DE RESPUESTA.)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud?** **¿Qué opción elegiría…**

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó una visita al médico o no la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? No incluya la atención dental. ¿Qué opción elegiría…**

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO O NO SABE QUÉ CONTESTAR, DIGA: **Esta pregunta se refiere a cuán frecuentemente usted retrasó una visita al médico o no la realizó.** **Voy a repetir la pregunta.** REPITA LA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DE RESPUESTA.)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó el surtido de una receta o no la surtió porque estaba preocupado/a por el costo? ¿Qué opción elegiría…**

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO O NO SABE QUÉ CONTESTAR, DIGA: **Esta pregunta se refiere a cuán frecuentemente usted retrasó el surtido de una receta o no la surtió.** **Voy a repetir la pregunta.** REPITA LA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DE RESPUESTA.)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Para nada seguro/a**,

2 Checkbox **Un poco seguro/a,**

3 Checkbox **Moderadamente seguro/a, o**

4 Checkbox **Muy seguro/a?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar su seguro de salud? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Para nada seguro/a**,

2 Checkbox **Un poco seguro/a,**

3 Checkbox **Moderadamente seguro/a, o**

4 Checkbox **Muy seguro/a?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar su plan de salud en los últimos 6 meses?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox 0 EL PEOR PLAN DE SALUD POSIBLE

1 Checkbox 1

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5

6 Checkbox 6

7 Checkbox 7

8 Checkbox 8

9 Checkbox 9

10 Checkbox 10 EL MEJOR PLAN DE SALUD POSIBLE

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

**Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud. Esto incluye la atención que recibió en una clínica, sala de emergencias, consultorio médico, por citas telefónicas o por video. No incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. No incluya las visitas para recibir atención dental.**

1. **En los últimos 6 meses, ¿su médico personal le ofreció citas telefónicas o por video para que no tuviera que visitar físicamente su consultorio o centro?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no tiene un médico personal?**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

3 Checkbox NO SÉ

-5 Checkbox NO ES APLICABLE?

-1 Checkbox SE NEGÓ

1. En los últimos 6 meses, cuando necesitó atención médica inmediata en una sala de emergencias, un consultorio médico o una clínica, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no necesitó atención médica inmediata?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para un chequeo o atención de rutina en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no programó ninguna cita?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, sin contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico para recibir atención de salud para sí mismo/a? Incluya citas en persona, telefónicas o por video.

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox NINGUNA à[IF NONE, GO TO #27]

1 Checkbox 1 VEZ

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5 A 9 VECES, O

6 Checkbox 10 VECES O MÁS?

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #27]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #27]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil recibir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no necesitó un intérprete?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses? Incluya citas en persona, telefónicas o por video.

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox 0 LA PEOR ATENCIÓN DE SALUD POSIBLE

1 Checkbox 1

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5

6 Checkbox 6

7 Checkbox 7

8 Checkbox 8

9 Checkbox 9

10 Checkbox 10 LA MEJOR ATENCIÓN DE SALUD POSIBLE

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

Estas preguntas son acerca de su médico personal. El médico personal es aquel al que usted visitaría o el que con hablaría si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo o lastimado.

27A. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a su médico personal para recibir atención para sí mismo/a? Incluya citas en persona, telefónicas o por video.

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no tiene un médico personal?**)

0 Checkbox NINGUNA à[IF NONE, GO TO #27B]

1 Checkbox 1 VEZ à[IF 1 TIME, GO TO #28]

2 Checkbox 2 à[IF 2, GO TO #28]

3 Checkbox 3 à[IF 3, GO TO #28]

4 Checkbox 4 à[IF 4, GO TO #28]

5 Checkbox 5 A 9 VECES à[IF 5 TO 9 TIMES, GO TO #28]

6 Checkbox 10 VECES O MÁS, O à[IF 10 OR MORE TIMES, GO TO #28]

-5 Checkbox NO ES APLICABLE? à[IF NOT APPLICABLE, GO TO #40]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #40]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #40]

27B. ¿Es porque usted tiene un médico personal pero no lo visitó en los últimos 6 meses, o es porque no tiene un médico personal?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox USTED TIENE UN MÉDICO   
PERSONAL PERO NO LO VISITÓ   
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES; O à[GO TO #40]

-5 Checkbox USTED NO TIENE UN MÉDICO   
PERSONAL? à[GO TO #40]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #40]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #40]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención? ¿Qué opción elegiría…**

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, cuando usted visitó a su médico personal para una visita programada, ¿con qué frecuencia tuvo su médico la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no se le realizó un análisis de sangre, una radiografía ni otro tipo de examen?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?** à[IF NOT APPLICABLE, GO TO #35]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #35]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #35]

1. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no tomó ningún medicamento recetado?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud? Incluya citas en persona, telefónicas o por video.

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO à[IF NO, GO TO #39]

-1 Checkbox SE NEGÓà[IF REFUSED, GO TO #39]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #39]

1. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO à[IF NO, GO TO #39]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #39]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #39]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda que necesitaba de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox 0 EL PEOR MÉDICO PERSONAL POSIBLE

1 Checkbox 1

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5

6 Checkbox 6

7 Checkbox 7

8 Checkbox 8

9 Checkbox 9

10 Checkbox 10 EL MEJOR MÉDICO PERSONAL POSIBLE

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud. Cuando conteste las preguntas siguientes, incluya la atención que recibió en una clínica, sala de emergencia, consultorio médico, por citas telefónicas o por video. No incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital.

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba? Incluya citas en persona, telefónicas o por video. ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no necesitó la atención de un especialista?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?** à[IF NOT APPLICABLE, GO TO #44]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #44]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #44]

1. ¿Cuántos especialistas ha visitado en los últimos 6 meses? Incluya citas en persona, telefónicas o por video.

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox NINGUNA à[IF NONE, GO TO #44]

1 Checkbox 1 ESPECIALISTA

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5 ESPECIALISTAS O MÁS?

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #44]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #44]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas? ¿Qué opción elegiría…

(SI EL ENCUESTADO ESTÁ CONFUNDIDO ACERCA DE “NO ES APLICABLE,” DIGA: **No es aplicable porque no tiene un médico personal?**)

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente,**

4 Checkbox **Siempre, o**

-5 Checkbox **No es aplicable?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

0 Checkbox 0  EL PEOR ESPECIALISTA POSIBLE

1 Checkbox 1

2 Checkbox 2

3 Checkbox 3

4 Checkbox 4

5 Checkbox 5

6 Checkbox 6

7 Checkbox 7

8 Checkbox 8

9 Checkbox 9

10 Checkbox 10  EL MEJOR ESPECIALISTA POSIBLE

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

La siguiente serie de preguntas trata acerca de sus antecedentes.

1. En general, ¿cómo calificaría su salud? ¿Diría que es…

1 Checkbox **Excelente,**

2 Checkbox **Muy buena,**

3 Checkbox **Buena,**

4 Checkbox **Regular, o**

5 Checkbox **Mala?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional? ¿Diría que es…

1 Checkbox **Excelente,**

2 Checkbox **Muy buena,**

3 Checkbox **Buena,**

4 Checkbox **Regular, o**

5 Checkbox **Mala?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos o usa tabaco todos los días, algunos días o nunca?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox TODOS LOS DÍAS

2 Checkbox ALGUNOS DÍAS

3 Checkbox NUNCA à[IF NOT AT ALL, GO TO #50]

4 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #50]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #50]

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud de su plan le dijo que dejara de fumar o de usar tabaco? ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico o profesional de la salud le recomendó medicamentos o habló sobre ellos con el fin de ayudarle a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de estos medicamentos son: medicamentos recetados o goma de mascar, parches, aerosoles nasales e inhaladores de nicotina. ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico o profesional de la salud le proporcionó o habló sobre métodos y estrategias que no sean medicamentos para que le ayuden a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de métodos y estrategias son: línea de ayuda telefónica, asesoramiento individual o grupal, o un programa para dejar de fumar. ¿Qué opción elegiría…

1 Checkbox **Nunca,**

2 Checkbox **A veces,**

3 Checkbox **Usualmente, o**

4 Checkbox **Siempre?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO à[IF NO, GO TO #52]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #52]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #52]

1. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses?

[IF Q61=FEMALE, DON’T KNOW, OR REFUSED, PROGRAM SO THE FOLLOWING LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya el embarazo o la menopausia.**]

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico?

[IF Q61=FEMALE, DON’T KNOW, OR REFUSED, PROGRAM SO THE FOLLOWING LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya las píldoras anticonceptivas.]**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO à[IF NO, GO TO #54]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #54]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #54]

1. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses?

[IF Q61=FEMALE, DON’T KNOW, OR REFUSED, PROGRAM SO THE FOLLOWING LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: **No incluya el embarazo o la menopausia.**]

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. **¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?**

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI LEE LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Qué opción elegiría…**)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. ¿Cuál es su edad?

(LEA LA LISTA, DETÉNGASE DESPUÉS DE DAR UNA RESPUESTA. SI ES NECESARIO, PREGUNTE: “**¿Tiene usted…”**)

(SI EL ENCUESTADO DICE SU EDAD ANTES DE LEER LAS RESPUESTAS, DIGA: **¿Gracias, quiero confirmar, su edad es entre [XX] y [XX], correcta?** LEA LAS EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS POR LA CATEGORÍA DE QUE EL ENCUESTADO INDICA.)

1 Checkbox **18 a 24,**

2 Checkbox **25 a 34,**

3 Checkbox **35 a 44,**

4 Checkbox **45 a 54,**

5 Checkbox **55 a 64,**

6 Checkbox **65 a 74, o**

7 Checkbox **75 o más?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

62. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado? ¿Es…

(LEA LA LISTA, DETÉNGASE DESPUÉS DE DAR UNA RESPUESTA.)

(PARA CUALQUIER RESPUESTA DIFERENTE DE LAS OPCIONES ABAJO, COMO “ESCUELA DE OFICIOS”, DIGA: **Actualmente solo tenemos las siguientes opciones.** REPITA LAS OPCIONES DE RESPUESTA. **¿Cuál de estas opciones considera que se adecúa mejor al nivel de grado o institución educativa que ha completado?**)

1 Checkbox **8º grado o menos,**

2 Checkbox **Escuela secundaria incompleta, no se graduó,**

3 Checkbox **Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED),**

4 Checkbox **Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años,**

5 Checkbox **Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años, o**

6 Checkbox **Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

63. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su condición de empleo? ¿Qué opción elegiría…?

(ACEPTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA. SI EL ENCUESTADO DICE QUE ÉL/ELLA ES TRABAJADOR/A AUTÓNOMO/A, AVERIGÜE LO SIGUIENTE PARA DETERMINAR LA CATEGORÍA DE RESPUESTA MÁS APROPIADA: **¿Diría usted que es empleado de tiempo completo, de medio tiempo u otra opción?**)

1 Checkbox **Empleado/a de tiempo completo,**

2 Checkbox **Empleado/a de medio tiempo,**

3 Checkbox **Ama de casa,**

4 Checkbox **Estudiante de tiempo completo,**

5 Checkbox **Jubilado/a,**

6 Checkbox **No puede trabajar por razones de salud,**

7 Checkbox **Desempleado/a, u**

8 Checkbox **Otro?**

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

(LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA SOLO SI ES NECESARIO. SI EL ENCUESTADO DUDA O ESTÁ CONFUNDIDO, DIGA: **¿Diría usted “Sí” or “No”?)**

(SI EL ENCUESTADO QUIERE SABER PORQUE PREGUNTA DE SU ETNICIDAD, DIGA: **Preguntamos sobre su etnicidad por fines demográficos solamente.)**

0 Checkbox SÍ

1 Checkbox NO à[IF NO, GO TO #65-1]

-1 Checkbox SE NEGÓ à[IF REFUSED, GO TO #65-1]

-2 Checkbox NO SÉ à[IF DON’T KNOW, GO TO #65-1]

* 1. Voy a leer una lista de categorías de etnicidades. Para cada categoría, diga “Sí” o “No” si describe su etnicidad. Debo preguntarle acerca de todas las categorías en caso de que corresponda más de una. ¿Es usted Mexicano(a), Americano(a)-mexicano(a), Chicano(a)?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted Puertorriqueño(a)?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted Cubano(a)?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de otra origen hispano, latino o español?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. Voy a leer una lista de categorías de razas. Para cada categoría, diga “Sí” o “No” si describe su raza. Debo preguntarle acerca de todas las categorías en caso de que corresponda más de una. ¿Es usted de raza Indígena americano(a) o Nativo(a) de Alaska?

(SI EL ENCUESTADO QUIERE SABER POR QUÉ LE PREGUNTA DE QUÉ RAZA ES, DIGA: **Le preguntamos sobre su raza por fines demográficos solamente.)**

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

65-2A. ¿Es usted de raza Asiática?

0 Checkbox SÍ

1 Checkbox NO [IF NO, GO TO #65-9]

-1 Checkbox SE NEGÓ [IF REFUSED, GO TO #65-9]

-2 Checkbox NO SÉ [IF DON’T KNOW, GO TO #65-9]

* 1. ¿Es usted de raza India asiática?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza China?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Filipina?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Japonesa?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Coreana?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Vietnamita?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de otra raza Asiática?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Negra o afroamericana?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

65-10A. ¿Es usted de raza Nativa de Hawái u otra de las Islas del Pacifico?

0 Checkbox SÍ

1 Checkbox NO [IF NO, GO TO #65-14]

-1 Checkbox SE NEGÓ [IF REFUSED, GO TO #65-14]

-2 Checkbox NO SÉ [IF DON’T KNOW, GO TO #65-14]

* 1. ¿Es usted de raza Nativa de Hawái?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Guameña o Chamorro?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Samoana?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de otra raza de las Islas del Pacifico?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

* 1. ¿Es usted de raza Blanca?

0 Checkbox NO

1 Checkbox SÍ

-1 Checkbox SE NEGÓ

-2 Checkbox NO SÉ

1. (NOTA PARA EL/LA ENTREVISTADOR/A: ¿LA ENTREVISTA FUE CON UN REPRESENTANTE?)

1 Checkbox SÍ

2 Checkbox NO

**Estas fueron todas las preguntas. Muchas gracias por haber dedicado su tiempo a responder esta encuesta.**