# 2025 Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

## Internet Survey Script

**Language: Spanish**

**Data Collection: 2025**

**Reference Period: 6 months**

### Internet Survey Script Conventions

* Programmer instructions and survey question numbers appear in [UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN BRACKETS] and must ***not*** be displayed on webpages.
* Inserts or fills from the sample frame appear in {ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN CURLY BRACKETS}.
* Dashed RED lines that appear above and below all gate item questions (i.e., questions that include a skip pattern) indicate these questions must be displayed as a single question on a separate webpage. All remaining questions (i.e., non-gate items), except for Questions 2, 50, and 67, must be displayed with at least two questions per webpage but no more than three questions per webpage. Vendors use their discretion to determine how many questions are displayed per webpage (two but no more than three) for the non-gate questions.
* Solid RED lines indicate webpage breaks between survey sections. Vendors may not include non-gate questions spanning different survey sections on a single webpage (e.g., Question 19 [Your Health Plan] and Question 20 [Your Health Care in the Last 6 Months] cannot be displayed on the same webpage).
* Unless otherwise noted, skipped questions follow the same skip pattern as the “NO”, “NONE”, or “NOT APPLICABLE” response options.

***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.*

### Programming Specifications and System Requirements

* The internet survey instrument must be programmed to adhere to all survey skip patterns.
* Unless otherwise noted, all questions are programmed to accept only one response.
* Each question must be programmed to allow the respondent to skip the question without providing a response and to proceed to the next appropriate survey question.
* Each question includes the appropriate section header as specified throughout the script.
* The presentation of questions and response categories ***cannot*** deviate from the format presented in the script. All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.
* Each webpage must include a “Preguntas” link with the following text.

“[Vendor Name] es una empresa de investigación independiente que está ayudando a su plan de salud a realizar la encuesta. Por favor, llámenos al número sin costo (XXX) [XXX-XXXX] si tiene alguna pregunta.”

***Note:*** *In addition to the toll-free number, vendors may also provide an email address through which sampled enrollees can submit questions.*

* After the last survey question, an exit page provides confirmation of survey receipt and thanks the sampled enrollee for participating.

### Text Convention Requirements

* Vendors ***cannot*** bold text that is not bold in the script (e.g., question stems, response categories).
* Vendors ***must*** bold text that is bold in the script (i.e., emphasized words).
* Vendors ***cannot*** underline text that is bold in the script.
* Vendors ***must*** italicize text that is italicized in the script.
* Vendors use either black or dark blue readable font for all survey questions and response options; the font color used for survey questions and response options must be consistent throughout the survey. Vendors may opt to use a highlight color for instructions and survey headings.

### Internet Survey Login Page

[VENDOR LOGO] and/or [QHP ISSUER LOGO]

OMB Núm. 0938-1221: Vencimiento de la aprobación: 30 de septiembre de 2026

[VENDORS MUST INCLUDE A LOGIN PAGE FOR ENROLLEES TO ENTER THE LOGIN CREDENTIALS PROVIDED ON THE MAILED LETTER]:

Si desea continuar con la encuesta, por favor ingrese esta [TYPE OF LOGIN CREDENTIAL(S)] proporcionado en la carta que recibió:

[LOGIN CREDENTIAL(S) INCLUDE USER NAME AND/OR PASSWORD. ONCE LOGIN CREDENTIALS ARE ENTERED, ENROLLEES MUST BE DIRECTED TO A LANDING PAGE.]

[VENDORS MUST INCLUDE A LANDING PAGE THAT OFFERS ENROLLEES THE OPTION TO TAKE THE SURVEY IN ENGLISH OR SPANISH. ENROLLEES WHO ACCESS THE SURVEY THROUGH A LINK IN THEIR EMAIL OR BY SCANNING THE QR CODE ARE AUTOMATICALLY ROUTED TO THISE LANDING PAGE.]

### Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP) - 2025

[VENDOR LOGO] and/or [QHP ISSUER LOGO]

OMB No. 0938-1221: Vencimiento de la aprobación: 30 de septiembre de 2026

Muchas gracias por visitar la página web de la Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado. Le pedimos que complete esta encuesta acerca de su experiencia con el plan de salud mencionado en el correo electrónico o la carta que usted recibió. Por favor, responda las preguntas de la encuesta de acuerdo con la experiencia que tuvo con su plan de salud de julio a diciembre de 2024.

**Su privacidad está protegida.** Todo aquello que usted tenga que decir es privado y se utilizará solamente para este estudio. Sus respuestas serán parte de un conjunto de información. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con nadie, a excepción de que lo exija la ley.

**Su participación es voluntaria.** Usted no tiene que responder aquellas preguntas que no desee responder. Si decide no responder, los beneficios que usted recibe no se verán afectados.

**Qué debe hacer si tiene preguntas.** Su plan de salud tiene un contrato con [VENDOR NAME] para que realice esta encuesta. Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, llame a [VENDOR NAME] al número sin costo (XXX) [XXX-XXX], de [XX:XX] a.m. a [XX:XX] p.m. [VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excepto los días festivos federales), o envíe un correo electrónico a [VENDOR EMAIL].

#### Instrucciones para la encuesta

[VENDORS MUST INCLUDE INSTRUMENT-SPECIFIC INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE INTERNET SURVEY HERE. THIS INCLUDES:

* INSTRUCTIONS ON HOW TO USE THE “ANTERIOR/ATRÁS” BUTTON TO RETURN TO PREVIOUS SURVEY QUESTIONS TO CHECK, CHANGE, OR DELETE AN ANSWER.
* INSTRUCTIONS ON HOW TO USE THE “SIGUIENTE” BUTTON TO ADVANCE TO SUBSEQUENT SURVEY QUESTIONS.
* ADDITIONAL INSTRUCTIONS SPECIFIC TO THE VENDOR’S INTERNET SURVEY INSTRUMENT OR PLATFORM.]

[VENDORS MUST INCLUDE THE BELOW OMB STATEMENT.]

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto es el 0938-1221. Este número de control es válido hasta el 30 de septiembre de 2026. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluso el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de las estimaciones del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### Guion para la encuesta de internet



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

[ ]  Sí [IF YES, GO TO #3]

[ ]  No

[IF Q1 IS SKIPPED, SURVEY MUST BE PROGRAMMED TO PROCEED TO Q2.]



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

*Escríbalo aquí:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[TEXT BOX MUST BE PROGRAMMED TO ACCEPT AT LEAST A 250-CHARACTER RESPONSE. IN ADDITION TO THE TEXT BOX, A DROPDOWN MENU OF QHP ISSUER ALIASES IS ALSO ALLOWABLE.]



##### Su plan de salud

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE THAT INCLUDES QUESTIONS 3-19.]

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de mi plan de salud

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por servicios o equipos

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados



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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no me comuniqué con el servicio al cliente de mi plan de salud para obtener información o ayuda  [IF NOT APPLICABLE, 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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre



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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: el plan de salud no me dio formularios para completar

[IF NOT APPLICABLE, GO TO #13]



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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no necesité formularios en un formato diferente

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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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

[ ]  Para nada seguro/a

[ ]  Un poco seguro/a

[ ]  Moderadamente seguro/a

[ ]  Muy seguro/a

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?

[ ]  Para nada seguro/a

[ ]  Un poco seguro/a

[ ]  Moderadamente seguro/a

[ ]  Muy seguro/a

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?

[ ]  0 El peor plan de salud posible

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

[ ]  6

[ ]  7

[ ]  8

[ ]  9

[ ]  10 El mejor plan de salud posible



##### Su atención de salud en los últimos 6 meses

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE THAT INCLUDES QUESTIONS 20-26.]

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. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

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?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  No sé

[ ]  No es aplicable: no tengo un médico personal

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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no necesité atención médica inmediata

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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no programé ninguna cita



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.*

[ ]  Ninguna[IF NONE, GO TO #27]

[ ]  1 vez

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5 a 9 veces

[ ]  10 veces o más



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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no necesité un intérprete

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.*

[ ]  0 La peor atención de salud posible

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

[ ]  6

[ ]  7

[ ]  8

[ ]  9

[ ]  10 La mejor atención de salud posible



##### Su médico personal

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE THAT INCLUDES QUESTIONS 27-39.]



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. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

1. 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.*

[ ]  Ninguna[IF NONE, GO TO #40]

[ ]  1 vez

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5 a 9 veces

[ ]  10 veces o más

[ ]  No es aplicable: no tengo un médico personal [IF NOT APPLICABLE, 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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre



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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no se me realizó un análisis de sangre, una radiografía ni otro tipo de examen

[IF NOT APPLICABLE, 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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no tomé ningún medicamento recetado



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.*

[ ]  Sí

[ ]  No [IF NO, 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?

[ ]  Sí

[ ]  No [IF NO, 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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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?

[ ]  0 El peor médico personal posible

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

[ ]  6

[ ]  7

[ ]  8

[ ]  9

[ ]  10 El mejor médico personal posible



##### La atención de salud recibida de los especialistas

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE THAT INCLUDES QUESTIONS 40-43.]



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.*

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no necesité la atención de un especialista

[IF NOT APPLICABLE, GO TO #44]



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

[ ]  Ninguna[IF NONE, GO TO #44]

[ ]  1 especialista

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5 o más especialistas



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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

[ ]  No es aplicable: no tengo un médico personal

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?

[ ]  0 El peor especialista posible

[ ]  1

[ ]  2

[ ]  3

[ ]  4

[ ]  5

[ ]  6

[ ]  7

[ ]  8

[ ]  9

[ ]  10 El mejor especialista posible



##### Acerca de usted

[SECTION HEADING MUST APPEAR ON EACH WEBPAGE THAT INCLUDES QUESTIONS 44-67.]

1. En general, ¿cómo calificaría su salud?

[ ]  Excelente

[ ]  Muy buena

[ ]  Buena

[ ]  Regular

[ ]  Mala

1. En general, ¿cómo calificaría su salud **mental o emocional**?

[ ]  Excelente

[ ]  Muy buena

[ ]  Buena

[ ]  Regular

[ ]  Mala



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

[ ]  Todos los días

[ ]  Algunos días

[ ]  Nunca [IF NOT AT ALL, GO TO #50]

[ ]  No sé [IF DON’T KNOW, 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?

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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.

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre

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.

[ ]  Nunca

[ ]  A veces

[ ]  Usualmente

[ ]  Siempre



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

[ ]  Sí

[ ]  No [IF NO, GO TO #52]



1. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses? ***No*** *incluya el embarazo o la menopausia*.

[ ]  Sí

[ ]  No



1. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico? ***No*** *incluya las píldoras anticonceptivas.*

[ ]  Sí

[ ]  No [IF NO, GO TO #54]



1. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses? ***No*** *incluya el embarazo o la menopausia.*

[ ]  Sí

[ ]  No

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

[ ]  Sí

[ ]  No

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

[ ]  Sí

[ ]  No

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

[ ]  Sí

[ ]  No

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

[ ]  Sí

[ ]  No

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

[ ]  Sí

[ ]  No

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?

[ ]  Sí

[ ]  No

1. ¿Cuál es su edad?

[ ]  18 a 24

[ ]  25 a 34

[ ]  35 a 44

[ ]  45 a 54

[ ]  55 a 64

[ ]  65 a 74

[ ]  75 o más

1. ¿Cuál es su sexo?

[ ]  Masculino

[ ]  Femenino

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

[ ]  8.º grado o menos

[ ]  Escuela secundaria incompleta, no se graduó

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

[ ]  Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años

[ ]  Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años

[ ]  Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años

1. ¿Cuál de las opciones siguientes describe **mejor** su condición de empleo?

[ ]  Empleado/a de tiempo completo

[ ]  Empleado/a de medio tiempo

[ ]  Ama de casa

[ ]  Estudiante de tiempo completo

[ ]  Jubilado/a

[ ]  No puede trabajar por razones de salud

[ ]  Desempleado/a

[ ]  Otro



1. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a o español(a)?

[ ]  No, no soy de origen hispano/a, latino/a o español(a)

[ ]  Sí, Mexicano/a, americano/a-mexicano/a, chicano/a

[ ]  Sí, Puertorriqueño/a

[ ]  Sí, Cubano/a

[ ]  Sí, Otro origen hispano/a, latino/a, o español(a)

[Q64 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]



1. ¿Cuál es su raza? *Seleccione una o más opciones.*

[ ]  Indígena americana o nativa de Alaska

[ ]  India asiática

[ ]  China

[ ]  Filipina

[ ]  Japonesa

[ ]  Coreana

[ ]  Vietnamita

[ ]  Otra asiática

[ ]  Negra o afroamericana

[ ]  Nativa de Hawái

[ ]  Guameña o chamorro

[ ]  Samoana

[ ]  Nativa de otras islas del Pacifico

[ ]  Blanca

[Q65 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]



1. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

[ ]  Sí

[ ]  No [IF NO, GO TO EXIT PAGE]



1. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Seleccione una o más opciones.*

[ ]  Me leyó las preguntas

[ ]  Escribió las respuestas que di

[ ]  Respondió las preguntas por mí

[ ]  Tradujo las preguntas a mi idioma

[ ]  Me ayudó de algún otro modo

[Q67 MUST BE PROGRAMMED TO ALLOW MULTIPLE RESPONSES.]



[EXIT PAGE]

Muchas gracias por su participación en la encuesta. Esto confirma que sus respuestas han sido recibidas.

