

**CAHPS[®] Survey for Accountable Care Organizations
(ACOs) Participating in Medicare Initiatives**

**2018 Frequently Asked Questions for Customer Support
(Spanish)**

CAHPS[®] Survey for Accountable Care Organizations (ACOs) Participating in Medicare Initiatives

Frequently Asked Questions for Customer Support (Spanish)

Overview

We've compiled questions and responses in this document to assist survey vendor staff in responding to frequently asked questions (FAQs) related to the "Medicare Provider Experience Survey." Answers have been provided to general questions about the survey, concerns about participating in the survey and questions about completing the survey.

Note: Survey vendors conducting the CAHPS for ACOs Survey and ACOs participating in the survey initiative must NOT attempt to influence or encourage beneficiaries to answer survey questions in a particular way. Please refer to Chapter 3 of the Quality Assurance Guidelines Version 6 for more information on communicating with beneficiaries about the CAHPS for ACOs Survey.

Note: Survey vendors should follow their own standard procedures for handling information provided by a beneficiary either by mail or by phone that may suggest a beneficiary's health or well-being is at risk.

I. General Questions About the Survey

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

Soy un entrevistador de [SURVEY VENDOR NAME]. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus proveedores de Medicare nos han pedido que realicemos esta encuesta.

- **¿Quién patrocina esta encuesta?**

La encuesta es patrocinada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia federal es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. CMS supervisa los servicios de salud de Medicare y coordina los servicios de Medicaid con las agencias estatales.

- **¿Qué es CMS?**

CMS significa Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Es una agencia federal que supervisa a Medicare. Esta agencia federal es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- **¿Por qué recibí una carta de Walter Stone?**

Walter Stone es el Director de Privacidad en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia que patrocina esta encuesta. Esta agencia federal es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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

El objetivo de esta encuesta es recopilar información de usted, y de otras personas con Medicare, para ayudar a CMS a conocer la calidad de atención médica que usted recibe a través de Medicare. La encuesta ayudará a CMS y los proveedores de Medicare a entender dónde y cómo se debe mejorar esa atención. La encuesta logra esto preguntándole sobre sus experiencias con un proveedor específico que haya visitado en los últimos 6 meses.

- **¿Qué es un proveedor de Medicare?**

Un proveedor de Medicare es cualquier médico, enfermera, asistente médico u otro proveedor de atención médica que sea pagado por Medicare. Incluye los consultorios médicos y las clínicas que usted visita, no solo los médicos y enfermeras individuales.

- **¿Cómo se usarán los datos?**

Sus respuestas se combinarán con las respuestas de otras personas con Medicare que entrevistamos. CMS y los proveedores de Medicare analizarán estos resultados combinados para entender qué tan bien están satisfaciendo las necesidades de sus pacientes. CMS y los proveedores de Medicare también pueden usar los datos para entender cómo mejorar la atención y los resultados de salud de las personas con Medicare.

- **¿Cómo puedo verificar que se trata de una encuesta legítima?**

Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE para confirmar que esta encuesta es legítima.

- **¿Con quién me puedo comunicar para obtener más información sobre esta encuesta?**

Puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a través del número gratuito de asistencia técnica de encuestas al 1-855-472-4746 o por correo electrónico a acocahps@HCQIS.org.

- **¿Cuánto tiempo toma la encuesta?**

La Encuesta de Experiencia de Proveedores de Medicare toma unos 13 minutos en completarse.

- **¿Qué preguntas harán?**

La encuesta hace preguntas sobre sus experiencias en los últimos 6 meses con un médico específico u otro proveedor de atención médica que haya visitado. Las preguntas se refieren al tipo de experiencias que solo los pacientes como usted pueden evaluar, como qué tan bien su proveedor escucha a sus pacientes.

II. Concerns About Participating in the Survey

- **¿Por qué me están llamando?**

Sus opiniones son importantes para ayudar a CMS y a los proveedores de Medicare a entender cómo satisfacer las necesidades de los pacientes. Al compartir sus experiencias, usted les ayudará a aprender cómo mejorar el cuidado que usted y otros reciben a través de Medicare.

- **¿Por qué me están llamando? No tengo Medicare.**

Nuestros registros muestran que usted ha recibido atención del proveedor mencionado en la encuesta. Aun si considera que no tiene Medicare, su participación es muy importante.

- **¿Quién verá mis respuestas?**

Sus respuestas se mantendrán confidenciales y serán vistas únicamente por personas autorizadas en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y [SURVEY VENDOR]. No compartiremos sus respuestas individuales con ninguno de sus médicos u otros proveedores de Medicare.

- **Pensé que las leyes de privacidad protegían mi confidencialidad. ¿Cómo obtuvieron mi información médica y de contacto?**

Entendemos su preocupación acerca de la privacidad de su información médica. [VENDOR NAME] solo recibió su información de contacto y el nombre de su proveedor. No tenemos acceso a ninguno de sus registros médicos.

IF NEEDED: La encuesta que estamos realizando obedece completamente las leyes de privacidad, también conocidas como Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos han autorizado realizar esta encuesta y mantendremos toda su información confidencial.

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

Usted fue seleccionado al azar entre las personas con Medicare que consultaron a este proveedor en los últimos 6 meses.

- **¿Cómo obtuvieron mi número telefónico?**

Medicare nos dio la información de contacto de todas las personas con Medicare que fueron seleccionadas al azar para esta encuesta.

- **No participo en encuestas.**

Entiendo. Sin embargo, espero que considere participar en este estudio tan importante para sus médicos y otros proveedores de atención médica. Medicare usará los resultados de la encuesta como ayuda para entender la calidad de los servicios de atención médica que está recibiendo.

- **No estoy interesado.**

CMS y sus proveedores de Medicare agradecerían su ayuda. Su participación ayudará a mejorar los servicios de atención médica no solo para usted, sino también para otros beneficiarios.

- **Estoy demasiado ocupado. La verdad es que no tengo tiempo.**

Entendemos que su tiempo es valioso. Es una encuesta muy importante, y agradecería su ayuda el día de hoy. La entrevista tomará unos 13 minutos. Puedo programar la entrevista de la encuesta para otro momento que sea más conveniente para usted.

- **Me llamaron a mi celular. ¿Puede devolverme la llamada después de [BENEFICIARY SPECIFY] para que no consuma ninguno de los minutos de mi celular?**

Sí, podemos devolverle la llamada a [BENEFICIARY SPECIFY].

[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE BENEFICIARY'S SPECIFIED TIME, SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE PHONE INTERVIEW].

- **Me llamaron a mi celular. ¿Puede devolverme la llamada a este número [BENEFICIARY SPECIFY]?**

Sí, podemos devolverle la llamada al [BENEFICIARY SPECIFY].

[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE BENEFICIARY'S SPECIFIED TIME, SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE PHONE INTERVIEW].

- **No quisiera responder muchas preguntas personales.**

Entendemos y apreciamos su preocupación. Esta es una encuesta muy importante. Si una pregunta le incomoda, solo dígame que prefiere no contestarla y pasaré a la siguiente. ¿Por qué no empezamos y puede ver cómo son las preguntas?

- **Estoy muy insatisfecho con Medicare y no veo por qué debería ayudarles con esta encuesta.**

Lamento saber que está insatisfecho con Medicare. Al participar en esta encuesta, usted ayudará a Medicare a entender qué mejoras son necesarias.

- **¿Tengo que completar la encuesta?**

Su participación es voluntaria. No hay sanciones por no participar. Por favor, entienda que esta es una encuesta muy importante y sus respuestas ayudarán a mejorar la calidad de la atención que sus médicos y otros proveedores brindan a sus pacientes.

- **¿Recibiré correo no deseado si contesto esta encuesta?**

No, no recibirá ningún correo no deseado por participar en esta encuesta. Mantenemos los nombres, los números de teléfono y las direcciones estrictamente confidenciales y usamos esta información únicamente para el propósito de esta encuesta.

- **No quiero que nadie venga a mi casa.**

Nadie irá a su casa debido a esta encuesta. Recopilamos información para esta encuesta solo a través de envíos por correo o entrevistas telefónicas.

- **Estoy en la *Lista de no llamar*. No deberían estar llamándome.**

La *Lista de no llamar* prohíbe las llamadas de ventas y telemarketing. No estamos vendiendo nada y no estamos pidiendo dinero. Somos una empresa de investigación de encuestas que trabaja en nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- **No quiero comprar nada.**

No estamos vendiendo nada. Queremos hacerle algunas preguntas sobre su atención médica a través de Medicare.

- **No tuve muchas visitas al proveedor mencionado en mi encuesta. No creo que quieran hablar conmigo.**

Usted y todas las personas seleccionadas para esta encuesta proporcionan información muy importante que puede ayudar a mejorar la atención médica para todos.

- **¿Mis respuestas afectarán a alguno de mis médicos?**

No. Sus médicos no verán sus respuestas individuales y no sabrán cuáles de sus pacientes participaron en la encuesta.

- **Ya les devolví la encuesta por correo.**

Nuestros registros indican que no tenemos una encuesta suya archivada y se actualizan regularmente. Sus respuestas son muy importantes y queremos asegurarnos de compartir sus comentarios con CMS. Le agradeceríamos que completara esta encuesta ahora por teléfono.

III. Questions About Completing the Survey

- **¿Pueden enviarme otra encuesta por correo?**

Lo sentimos, no podemos enviar otra encuesta en este momento. Sus respuestas son muy importantes y queremos asegurarnos de compartir sus comentarios con CMS. [IF PHONE COMPONENT OF SURVEY ADMINISTRATION HAS BEGUN] Le agradeceríamos si pudiese completar esta encuesta ahora por teléfono. [IF PHONE COMPONENT OF SURVEY ADMINISTRATION HAS NOT BEGUN] Si no recibimos una encuesta completa por correo, nos comunicaremos con usted por teléfono en una fecha posterior.

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

No escriba su nombre ni su dirección en ninguna parte del folleto de la encuesta. A cada encuesta se le ha asignado un número de identificación que nos permite hacer un seguimiento de quién ha devuelto un cuestionario completado.

- ***Survey vendor receives an inbound call before the start of the phone component of survey administration such as:* Recibí una carta diciéndome que voy a recibir una encuesta por correo. ¿Puedo completar la encuesta ahora mientras hablamos por teléfono?**

Lo sentimos, no podemos completar la encuesta por teléfono en este momento. Si no devuelve una encuesta completada por correo, nos comunicaremos con usted por teléfono en una fecha posterior.

- **¿Cómo se eligió al proveedor para mi encuesta?**

El proveedor mencionado en la encuesta es un médico, asistente médico, enfermero especialista o especialista en enfermería clínica que usted visitó para atención primaria una o más veces durante 2018.

- **¿Cómo puedo responder a estas preguntas si solo he visto a este proveedor una vez en los últimos seis meses?**

Conteste las preguntas lo mejor que pueda. Esta encuesta también incluye preguntas sobre su atención médica en general y ayudará a Medicare a mejorar la atención que brinda.

- **Mi esposo/esposa/otra persona visitó a este proveedor mucho más que yo. ¿Pueden ellos completar la encuesta?**

No. Usted fue seleccionado como parte de una población de muestra científica. Esto significa que la encuesta solo puede ser completada por usted, si su nombre estaba en la carta y el sobre.

- ***For the mail survey:* Nunca visité a este proveedor/médico en los últimos 6 meses. ¿Qué debo hacer?**

Si no visitó al proveedor mencionado en su encuesta en los últimos 6 meses, responda "no" a la primera pregunta y siga las instrucciones de la encuesta.

- ***For the CATI interview: Nunca visité a este proveedor/médico en los últimos 6 meses. ¿Qué debo hacer?***

Si no visitó a este proveedor en los últimos 6 meses, puede responder "no" a la primera pregunta. Luego le haré preguntas sobre todo su equipo de atención médica y otras preguntas sobre usted.

- ***No había una sección en la encuesta por correo para escribir comentarios sobre mi proveedor (y/o su personal). ¿Puedo dejarle mis comentarios?***

Desafortunadamente, nuestro sistema no está configurado para registrar comentarios sobre un proveedor. Si tiene algún comentario adicional que le gustaría compartir sobre su proveedor, llame al 1-800-MEDICARE y hable con un representante.

- ***No puedo completar esto solo. ¿Me puede ayudar mi _____?***

Si considera que no puede completar la encuesta usted solo, puede pedirle a alguien que la complete por usted. Esta persona necesita ser alguien que lo conozca muy bien y que pueda responder con precisión a las preguntas relacionadas con la salud en su nombre. Puede ser un miembro de la familia o un pariente, pero también un cuidador o un amigo cercano. Solo podemos entrevistar a esta persona si usted nos da su permiso.

CONDUCTING A PROXY INTERVIEW – INTERVIEWER INSTRUCTIONS

WHILE BENEFICIARIES ARE ENCOURAGED TO RESPOND DIRECTLY TO THE SURVEY, NOT ALL ELDERLY OR DISABLED RESPONDENTS ARE ABLE TO DO SO. IN SUCH CASES, PROXY RESPONSES ARE ACCEPTABLE. A FAMILY MEMBER OR OTHER PROXY MAY COMPLETE THE SURVEY FOR THE BENEFICIARY. FOR PHONE INTERVIEWS, BE SURE TO FOLLOW THE SCRIPT FOR GETTING BENEFICIARY APPROVAL TO INTERVIEW A PROXY.