
CAHPS Clinician & Group Survey

Version: Adult Visit Survey 4.0 (beta)

Language: Spanish

Notes

- **Purpose of Visit Survey 4.0 (beta):** This new version of the Clinician & Group Survey asks patients about their experiences with care at their most recent visit with an ambulatory care provider. The CAHPS team developed this version to support users in asking about all synchronous visits, including interactions in person, by phone, or by video.
- **Beta designation:** The “beta” designation means that the instrument has not yet been field tested by the CAHPS Consortium or approved as a CAHPS survey.
- **Front cover:** Users should replace the cover of this document with their own front cover, with a user-friendly title and their own logo.

Learn more about this survey at <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/cg/index.html>.
For assistance with this survey, please contact the CAHPS Help Line at 800-492-9261 or cahps1@westat.com.



File name: adult-sp-cg40-3351b.docx
Last updated: December 30, 2020

Su profesional médico

1. Las consultas con un profesional médico pueden ser **en persona, por teléfono, o por videollamada**. Según nuestros registros, usted recibió atención médica del profesional médico cuyo nombre aparece a continuación.

Name of provider label goes here

¿Es correcta esa información?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 25 en la página 5**

Por favor piense en este profesional médico al contestar las preguntas de la encuesta.

2. ¿Es este el profesional médico al que usted va generalmente si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No

3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su consulta más reciente en persona, por teléfono, o por videollamada con este profesional médico?

- ¹ ☐ Menos de 1 mes
² ☐ Al menos 1 mes pero menos de 3 meses
³ ☐ Al menos 3 meses pero menos de 6 meses
⁴ ☐ Al menos 6 meses pero menos de 1 año
⁵ ☐ 1 año o más

Estas preguntas son sobre su consulta más reciente con este profesional médico.

4. ¿Fue su consulta más reciente con este profesional médico **en persona**?

- ¹ ☐ Sí → **Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 11 en la página 2**
² ☐ No

5. ¿Fue su consulta más reciente con este profesional médico por **videollamada**?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 9 en la página 3**

6. ¿Necesitó instrucciones de la oficina de este profesional médico sobre el uso de la videollamada para esta consulta?

- ¹ ☐ Sí
² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 8**

7. ¿Alguien de la oficina de este profesional médico le dio todas las instrucciones que usted necesitaba sobre el uso de la videollamada para esta consulta?

- ¹ ☐ Definitivamente sí
² ☐ Sí, un poco
³ ☐ No

8. Durante su consulta más reciente, ¿fue la video llamada fácil de usar?

- ¹ ☐ Definitivamente sí → **pase a la pregunta 10 en la página 3**
² ☐ Sí, un poco → **pase a la pregunta 10 en la página 3**
³ ☐ No → **pase a la pregunta 10 en la página 3**

9. ¿Fue su consulta con este profesional médico por **teléfono**?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 11**

10. Durante su consulta más reciente, ¿pudieron usted y este profesional médico escucharse claramente?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

11. ¿Fue su última consulta para una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual necesitaba **atención inmediata**?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 13**

12. ¿Fue esa consulta tan pronto como la necesitaba?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

13. ¿Comenzó su consulta más reciente a tiempo?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

14. Durante su consulta más reciente, ¿le explicó este profesional médico las cosas de una manera fácil de entender?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

15. Durante su consulta más reciente, ¿le escuchó este profesional médico con atención?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

16. Durante su consulta más reciente, ¿demostró este profesional médico respeto por lo que usted tenía que decir?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

17. Durante su consulta más reciente, ¿este profesional médico pasó suficiente tiempo con usted?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

18. Durante su consulta más reciente, ¿tuvo este profesional médico la información médica que necesitaba sobre usted?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

19. Durante su consulta más reciente, ¿le mandó este profesional médico hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 21 en la página 4

20. ¿Se comunicó con usted alguien del consultorio de este profesional médico para darle los resultados?

¹ ☐ Sí

² ☐ No

21. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor consulta posible y el 10 la mejor consulta posible, ¿qué número usaría para calificar su **consulta más reciente**?

☐ 0 La peor consulta posible

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10 La mejor consulta posible

Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico

22. El personal de un consultorio puede hablar con usted sobre su consulta, ayudarlo a programarla, o recordarle sobre su cita. Pensando en su consulta más reciente, ¿habló usted con el personal del consultorio de este profesional médico?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 25

23. Pensando en su consulta más reciente, ¿fue el personal de la oficina de este profesional médico tan útil como usted pensó que deberían ser?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

24. Pensando en su consulta más reciente, ¿el personal de la oficina de este profesional médico le trataron con cortesía y respeto?

¹ ☐ Definitivamente sí

² ☐ Sí, un poco

³ ☐ No

Sobre usted

25. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ☐ 1 Excelente
☐ 2 Muy buena
☐ 3 Buena
☐ 4 Regular
☐ 5 Mala

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

- ☐ 1 Excelente
☐ 2 Muy buena
☐ 3 Buena
☐ 4 Regular
☐ 5 Mala

27. ¿Qué edad tiene?

- ☐ 1 18 a 24
☐ 2 25 a 34
☐ 3 35 a 44
☐ 4 45 a 54
☐ 5 55 a 64
☐ 6 65 a 74
☐ 7 75 o más

28. ¿Es usted hombre o mujer?

- ☐ 1 Hombre
☐ 2 Mujer

29. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?

- ☐ 1 8 años de escuela o menos
☐ 2 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse
☐ 3 Graduado de la escuela secundaria (*high school*), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o *GED*)
☐ 4 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
☐ 5 Título universitario de 4 años
☐ 6 Título universitario de más de 4 años

30. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- ☐ 1 Sí, hispano o latino
☐ 2 No, ni hispano ni latino

31. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

- ☐ 1 Blanca
☐ 2 Negra o afroamericana
☐ 3 Asiática
☐ 4 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
☐ 5 Indígena norteamericana o nativa de Alaska
☐ 6 Otra

32. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

¹ ☐ Sí

² ☐ No → **Gracias.**

Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.

33. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?
Marque una o más.

¹ ☐ Me leyó las preguntas.

² ☐ Anotó las respuestas que le di.

³ ☐ Contestó las preguntas por mí me.

⁴ ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma.

⁵ ☐ Me ayudó de otra forma

Gracias.

Por favor cuando haya completado el cuestionario, devuélvalo en el sobre con porte o franqueo pagado.