

**SOBRE USTED**

**44. ¿Qué edad tiene usted?**

- de 18 a 24 años
- de 25 a 34 años
- de 35 a 44 años
- de 45 a 54 años
- de 55 a 64 años
- de 65 a 74 años
- de 75 a 84 años
- 85 años o más

**45. ¿Es usted hombre o mujer?**

- Hombre
- Mujer

**46. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?**

- 8 años de escuela o menos
- Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- Graduado de escuela de secundaria o diploma de la secundaria, o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años

**47. ¿En qué idioma habla usted principalmente en casa?**

- Inglés
- Español
- Chino
- Ruso
- Portugués
- Vietnamita
- Polaco
- Coreano
- Otro idioma (Por favor imprima):

La siguiente pregunta se hace para ofrecer datos adicionales al hospicio sobre la atención del hospicio al miembro de su familia.

**48. Al pensar sobre sus experiencias con el hospicio, ¿hubo alguna cosa que ocurrió excepcionalmente bien o alguna cosa que hubiese deseado que ocurriese de otra forma para usted o el miembro de su familia? Por favor cuéntenos algo de estas experiencias.**

---

---

---

---

**Consentimiento Para Compartir**

**El hospicio que le brindó el cuidado a su familiar tal vez quiera revisar sus respuestas de modo que ellos puedan decidir cómo abordar cualquier preocupación que usted tenga. No compartiremos sus respuestas a esta encuesta junto a su nombre a menos que usted dé su permiso para que esta información sea compartida con el hospicio.**

**49. ¿Da usted su permiso de proporcionar sus respuestas a esta encuesta junto a su nombre al hospicio?**

- Sí, yo doy mi permiso para que compartan mi nombre con mis respuestas a la encuesta con el hospicio.
- No, yo no doy mi permiso para que compartan mi nombre con mis respuestas a la encuesta con el hospicio.

**Gracias.**

Por favor regrese la encuesta completa en el sobre con el porte o franqueo pagado.

WellSky  
11300 Switzer Road Suite 200  
Overland Park, KS 66210

**CAHPS® Encuesta de Hospicio**

Por favor conteste las preguntas en esta encuesta sobre la atención que recibió este paciente de este hospicio:

**Hospice**

**Todas las preguntas en esta encuesta se tratan sobre las experiencias de este paciente con este hospicio.**

Si desea saber más sobre este estudio, llama a (888) 611-2442. Todas las llamadas son gratis. Aquellos que necesiten servicios de TTY deben llamar a (413) 584-1971 para más ayuda.

*“Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige que una persona responda a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1257 (Vence el 31 de julio, 2026). Se calcula que el tiempo que se necesita para llenar esta recopilación de información es, en promedio, de 11 minutos para las preguntas 1 – 40, al igual que las preguntas Sobre Su Familiar y Sobre Usted de la encuesta. En este cálculo se incluye el tiempo que la persona tarda en leer las instrucciones, buscar en los recursos existentes de datos, reunir los datos necesarios y llenar y repasar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios relacionados con la exactitud del cálculo de tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1- 25-05, Baltimore, MD 21244-1850.”*

OMB# 0938-1257

Vence el 31 de julio, 2026

# CAHPS® Encuesta de Hospicio

## INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA

- ◆ Por favor entréguele esta encuesta a la persona de su hogar que sepa más sobre los cuidados que recibió de este hospicio la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta.
- ◆ Use un bolígrafo de tinta negra para completar el cuestionario.
- ◆ Conteste todas las preguntas y llene completamente el círculo que aparece a la izquierda de la respuesta que usted seleccione.
  - Sí
  - No
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo:
  - Sí → **Sí contestó Sí, pase a la Pregunta 1 en la Página 1**
  - No

Podrá ver que hay un número en la encuesta. Ese número sirve para que sepamos si usted devolvió la encuesta y así no tengamos que enviarle recordatorios.

### EL PACIENTE DEL HOSPICIO

#### 1. ¿Qué relación tiene con usted la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta?

- Es mi esposo/a o pareja
- Es mi padre/madre
- Es mi suegro/a
- Es mi abuelo/a
- Es mi tío/a
- Es mi hermano/a
- Es mi hijo/a
- Es un/a amigo/a
- Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

#### 2. Para esta encuesta, utilizaremos las palabras “su familiar” para referirnos a la persona cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. ¿En qué lugar o lugares recibió su familiar los cuidados de este hospicio? Marque uno o más.

- En su casa
- En un hogar de asistencia parcial
- En una casa de ancianos y convalecencia
- En un hospital
- En un centro u hogar de hospicio
- Otro (Por favor imprima):  
\_\_\_\_\_

### SU PAPEL

#### 3. Mientras su familiar estuvo bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia supervisó usted o participó en dichos cuidados?

- Nunca → **Si contestó Nunca, pase a la Pregunta 41**
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

### CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS CUIDADOS DEL HOSPICIO

#### 39. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre los cuidados paliativos que recibió su familiar por parte del hospicio cuyo nombre aparece en la portada de esta encuesta. No incluya en sus respuestas cuidados proporcionados por otros.

Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo los peores cuidados de hospicio posibles y 10 los mejores cuidados paliativos posibles de un hospicio, ¿qué número usaría para calificar los cuidados que recibió su familiar por parte de este hospicio?

- 0 Los peores cuidados posibles de un hospicio
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Los mejores cuidados posibles de un hospicio

#### 40. ¿Le recomendaría este hospicio a sus amigos y familiares?

- Definitivamente no
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Definitivamente sí

### SOBRE SU FAMILIAR

#### 41. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado su familiar?

- 8 años de escuela o menos
- Estudios de escuela secundaria, pero sin graduarse
- Graduado de escuela de secundaria, o diploma de la secundaria), o su equivalente (o GED)
- Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- Título universitario de 4 años
- Título universitario de más de 4 años
- No sé

#### 42. ¿Su familiar es de origen hispano, latino o español?

- No, ni hispano, ni latino, ni español
- Sí, cubano
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

#### 43. ¿A qué raza pertenece su familiar? Marque una o más.

- Indígena americana o native Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otras Islas del Pacífico
- Blanca

31. ¿Le dio el equipo del hospicio tanta información como usted quería sobre qué acontecimientos esperar mientras su familiar estuviera muriéndose?

- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No

---

**CUIDADOS DE HOSPICIO BRINDADOS EN UN HOGAR DE ANCIANOS Y CONVALECENCIA**

---

32. Algunas personas que viven en un hogar de ancianos o de convalecencia reciben allí mismo los cuidados de hospicio que necesitan. ¿Su familiar recibió cuidados paliativos de este hospicio cuando vivía en una casa de convalecencia?

- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 35

33. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio y el personal del hogar de ancianos y convalecencia se pusieron de acuerdo y acoplaron bien para proporcionarle los cuidados a su familiar?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

34. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia los informes que el personal de la casa de convalecencia le daban sobre su familiar eran diferentes de los informes que le daba el equipo del hospicio?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

---

**SU PROPIA EXPERIENCIA CON EL CENTRO DE HOSPICIO**

---

35. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó a usted con atención?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

36. Apoyo respecto a sus creencias religiosas o espirituales incluye hablar, rezar, momentos de recogimiento, u otras maneras de satisfacer sus necesidades religiosas o espirituales. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo recibió usted respecto a sus creencias religiosas y espirituales por parte del equipo del hospicio?

- Demasiado poco
- Justo el necesario
- Demasiado

37. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿cuánto apoyo emocional recibió usted del equipo del hospicio?

- Demasiado poco
- Justo el necesario
- Demasiado

38. Durante las semanas posteriores a la muerte de su familiar, ¿recibió usted todo el apoyo emocional que usted quería por parte del equipo del hospicio?

- Demasiado poco
- Justo el necesario
- Demasiado

---

**LOS CUIDADOS QUE EL HOSPICIO PROPORCIONÓ A SU FAMILIAR**

---

Al responder el resto de las preguntas de esta encuesta, por favor piense sólo en la experiencia de su familiar con el hospicio nombrado en la portada de esta encuesta.

4. Para esta encuesta, el equipo del hospicio incluye a todos los doctores, enfermeras, trabajadores sociales, religiosos y demás personas que le proporcionaron cuidados paliativos a su familiar. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿tuvo usted que ponerse en contacto con el equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo porque tenía alguna duda o necesitaba ayuda para el cuidado de su familiar?

- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 6

5. ¿Con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba del equipo del hospicio durante la noche, en fin de semana o en día festivo?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

6. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo de personal del hospicio lo mantuvo a usted informado de cuando iban a llegar a cuidar a su familiar?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

7. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, cuando usted o un miembro de su familia le pedían ayuda al equipo del hospicio, ¿con qué frecuencia obtenían la ayuda tan pronto como la necesitaban?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

8. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio explicaba las cosas de un modo fácil de entender?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

9. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio lo mantenía a usted informado sobre el estado de su familiar?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

10. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia alguien del equipo del hospicio le dio a usted informes confusos o contradictorios sobre el estado o los cuidados de su familiar?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

11. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia el equipo del hospicio trataba a su familiar con dignidad y respeto?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
12. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿con qué frecuencia sintió usted que al equipo del hospicio realmente le importaba su familiar?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
13. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿habló usted con el equipo del hospicio sobre algún problema relacionado con los cuidados de su familiar?
- Si
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 15
14. ¿Con qué frecuencia el equipo del hospicio le escuchó con atención cuando usted les habló sobre problemas relacionados con los cuidados de su familiar?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
15. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿tuvo él/ella algún tipo de dolor?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 17

16. ¿Recibió su familiar toda la ayuda que necesitaba contra el dolor?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
17. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿le dieron a él o a ella algún medicamento contra el dolor?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 21
18. Entre los efectos secundarios de la medicina contra el dolor está la somnolencia. ¿Algún personal del equipo del hospicio habló con usted o su familiar sobre los efectos secundarios del medicamento contra el dolor?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
19. ¿El equipo del hospicio le dio la capacitación que usted necesitaba para saber de qué efectos secundarios del medicamento contra el dolor tenía usted que estar pendiente?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
20. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber si había que darle a su familiar más medicamento contra el dolor y, si sí, cuándo dárselo?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
- No tuve necesidad de dar medicamento para el dolor a mi familiar

21. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar dificultad para respirar o recibió tratamiento para su dificultad para respirar?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 24
22. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para su dificultad para respirar?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
23. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo ayudar a su familiar si él/ella tenía problemas para respirar?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
- No tuve que ayudar a mi familiar con problemas para respirar
24. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento tuvo su familiar problemas de estreñimiento?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 26
25. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió la ayuda que necesitaba para sus problemas de estreñimiento?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

26. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados del hospicio, ¿en algún momento él/ella sintió ansiedad o tristeza?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 28
27. ¿Con qué frecuencia su familiar recibió del equipo del hospicio la ayuda que necesitaba para su ansiedad o tristeza?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
28. Mientras su familiar estaba bajo los cuidados de este hospicio, ¿en algún momento se puso su familiar inquieto o agitado?
- Sí
- No → Si contestó No, pase a la Pregunta 30
29. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber qué hacer si su familiar se ponía inquieto o agitado?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
30. Mover a su familiar incluye acciones como ayudarlo/a a darse la vuelta en la cama, o meterse y salir de la cama o sentarse y levantarse de una silla de ruedas. ¿El equipo del hospicio le dio a usted la capacitación que usted necesitaba para saber cómo mover a su familiar de manera segura?
- Sí, definitivamente
- Sí, más o menos
- No
- No tuve que mover a mi familiar