Preguntas más frecuentes—Spanish
Encuesta CAHPS de los Centros de Hemodiálisis (ICH CAHPS)

Overview

*This document provides survey customer support personnel guidance on responding to frequently asked questions from sample respondents answering the In-Center Hemodialysis CAHPS Survey (ICH CAHPS). It provides answers to general questions about the survey, concerns about participating in the survey, and questions about completing/returning the survey. Survey Vendors may amend the document to be specific to their operations, or revise individual responses for clarity.*

*Note: Survey vendors conducting the ICH CAHPS Survey must NOT attempt to influence or encourage patients to answer items in a particular way. For example, the Survey Vendor must NOT say, imply or persuade patients to respond to items in a particular way. In addition, Survey Vendors must NOT indicate or imply in any manner that the dialysis facility, its personnel, or its agents will appreciate or gain benefits if patients respond to the items in a particular way.*

I. Preguntas generales sobre la encuesta

* ¿Quién patrocina este encuesta?

[*ICH Facility Name*] está tomando parte en una encuesta nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también conocidos como CMS. Esta encuesta tiene como objetivo saber más sobre la calidad de los servicios de diálisis que reciben los pacientes en su centro de hemodiálisis.

* ¿Quién realiza esta encuesta?

Soy un(a) entrevistador(a) de [*Survey Vendor*], contratado(a) por [*ICH Facility Name*] para realizar esta encuesta y ayudarles a obtener las opiniones de sus pacientes.

* ¿Cuál es el objetivo de esta encuesta?

El objetivo de esta encuesta es conocer sus experiencias con los servicios de diálisis que recibe. Los resultados de la encuesta ayudarán a los pacientes de diálisis a tomar decisiones más informadas al seleccionar un centro de diálisis y también ayudar a los centros de diálisis que participan en el estudio a mejorar la calidad de los servicios de sus pacientes.

* ¿Cómo puedo verificar si esta encuesta es auténtica o legítima?

Usted se puede comunicar con *[ICH Facility Name]* al [TELEPHONE NUMBER] para obtener información sobre la encuesta.

* ¿Cómo puedo saber si esta encuesta es auténtica o legítima? ¿Cómo sé si usted es realmente un(a) entrevistador(a) de esta encuesta?

Usted puede comunicarse con mi supervisor, [SUPERVISOR NAME], al [TELEPHONE NUMBER] para obtener información sobre la encuesta.

* ¿Con quién me puedo comunicar si tengo preguntas acerca del estudio?

Si desea hablar con un representante del estudio, puede llamar a [SUPERVISOR NAME], al número de teléfono gratuito [TELEPHONE NUMBER].

* ¿Hay alguna dependencia del gobierno con la que me puedo comunicar para saber más sobre esta encuesta?

Sí. Usted se puede comunicar con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), una agencia federal que es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, a través de la línea de asistencia técnica de la encuesta CAHPS de los Centros de Hemodiálisis, al 1-866-245-8083 o puede enviar un mensaje de correo electrónico a ichcahps@rti.org.

* ¿Cómo puedo saber si esto es confidencial?

Solo los miembros del personal del estudio podrán ver sus respuestas, quienes han firmado declaraciones de confidencialidad. Las respuestas de todas las personas se combinarán para generar un reporte en forma de resumen.

* ¿Cuánto tiempo tomará esto?

En promedio, la encuesta se puede completar como en 16 minutos. Yo le haré las preguntas tan rápido como pueda. [NOTE: SURVEY COMPLETION TIME WILL DEPEND ON WHETHER OTHER NON-CAHPS SURVEY ITEMS ARE ADDED TO THE QUESTIONNAIRE.]

* ¿Qué tipos de preguntas se van a hacer?

Esta encuesta le hará preguntas sobre lo que opina de su doctor de los riñones, el personal del centro de diálisis con el que usted ha tratado, sus experiencias con los servicios de diálisis que ha recibido en su centro de tratamiento y su calificación sobre la atención que recibe ahí. También le hacen algunas preguntas sobre su salud en general y preguntas demográficas.

* ¿Cómo obtuvo mi nombre? ¿Cómo me seleccionaron para la encuesta?

Su nombre fue seleccionado(a) al azar de todos los pacientes de [*ICH Facility Name*].

* No estoy contento(a) con los servicios que recibo en mi centro. ¿Con quién puedo hablar sobre esto?

Puede llamar a la red de Enfermedad Renal Terminal que sirve a su centro de diálisis. El número de la red es el [GIVE APPROPRIATE ESRD NETWORK NUMBER] y el número de teléfono es [GIVE APPROPRIATE ESRD NETWORK PHONE NUMBER]. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227).

II. Preocupaciones por participar en la encuesta

* ¿Cómo se utilizarán los resultados del estudio?

Los resultados de la encuesta se utilizarán para ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas al elegir un centro de hemodiálisis. Los centros de diálisis también utilizarán los resultados de la encuesta para ayudarles a mejorar la calidad de los servicios que proporcionan a sus pacientes.

* ¿Dónde puedo ver los resultados del estudio?

Los resultados de esta encuesta serán reportados públicamente en la página web de Comparación de Cuidados, disponible en Medicare.gov. Usted puede tener acceso a los resultados al visitar la página web <https://es.medicare.gov/care-compare>.

* ¿Tengo que tomar parte en este estudio?

Su participación en esta encuesta es voluntaria; toda la información que proporcione en esta encuesta se mantendrá en forma confidencial y está protegida según la ley. Ningún centro de diálisis, incluyendo su centro actual de diálisis, verá sus respuestas individuales a esta encuesta, ni tampoco sabrá si usted participó o no participó en la encuesta.

También puede dejar de contestar o puede negarse a contestar cualquier pregunta que le haga sentirse incómodo(a). Pero esperamos que usted participe porque las opiniones que proporcione nos ayudarán a mejorar la calidad de los servicios de diálisis que reciben usted y otras personas como usted.

* ¿Qué tengo que hacer?

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias con su doctor de los riñones, el personal que le ha atendido en el centro de diálisis y sus experiencias en el centro de diálisis que usa para recibir tratamiento. El tiempo promedio para completar esta encuesta es de 16 minutos y le haré las preguntas tan rápido como pueda.

* ¿Puede mi (esposa, esposo, hijo, tutor legal, etc.) responder estas preguntas por mí?

Como usted fue seleccionado(a) al azar para participar en este importante estudio y debido a que usted es el/la que recibe los servicios de diálisis, nadie más puede tomar su lugar. Pero usted puede dejar de contestar o negarse a responder cualquier pregunta que le moleste o le incomode.

* ¿Por qué desea tener toda esta información personal sobre mí si esta encuesta trata sobre mis experiencias con los servicios en mi centro de hemodiálisis?

Entiendo que le preocupen las preguntas sobre su salud y antecedentes generales. Hemos encontrado que las experiencias de las personas pueden variar de acuerdo a su situación médica actual y a otras características. Esta es una encuesta muy importante. Si le molesta alguna pregunta, solo dígame que no desea contestarla y pasaré a la siguiente pregunta.

* Yo estoy en el registro de ‘*no llamar’*. ¿Por qué me están llamando?

Las listas de ‘no llamar’ detienen las llamadas de vendedores o promotores de tele-mercadeo. Nosotros realizamos un estudio de encuestas en nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también conocido como CMS. Nosotros no estamos llamando para vender o promocionar productos o servicios.

* ¡No voy a contestar muchas preguntas por teléfono!

Su cooperación es muy importante para nosotros. La información que usted proporcione en esta encuesta ayudará a otras personas a tomar decisiones más informadas con respecto a las opciones de centros de hemodiálisis y ayudará a su centro de diálisis a mejorar la atención que proporcionan. Todas las respuestas que usted proporcione en esta encuesta se mantendrán en forma completamente confidencial y están protegidas según la ley. Permítame comenzar la entrevista para que usted vea cómo son las preguntas.

* ¡No me agrada mi centro de diálisis!

Lo entiendo. Sus opiniones son muy importantes y ayudarán a su centro de diálisis a comprender la manera de mejorar sus programas. Comencemos ahora. [NOTE: DO NOT ARGUE WITH R. MAKE SHORT, NEUTRAL COMMENTS TO LET THEM KNOW THAT YOU ARE LISTENING AND IMMEDIATELY ASK THE FIRST QUESTION.]

III. Preguntas sobre completar/devolver la encuesta

* ¿Hay una fecha límite para completar la encuesta?

[Versión de correo]—Como necesitamos comunicarnos con muchas personas, sería de mucha ayuda si la pudiera devolver en un par de días.

[Versión telefónica] Necesitamos terminar todas las entrevistas lo antes posible, pero como necesitamos comunicarnos con muchas personas, sería de gran ayuda si hiciéramos la entrevista en este momento. Si usted no tiene tiempo ahora, podemos hacer una cita para la entrevista en los próximos días.

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

Usted no debe escribir su nombre ni su dirección en el cuestionario. A cada encuesta se le asigna un número de identificación que nos permite dar un seguimiento sobre los participantes que han devuelto el cuestionario con las respuestas.

* ¿Puede alguien más completar la encuesta a nombre del paciente?

No, porque las respuestas de otras personas pueden ser diferentes a las de los pacientes. Otras personas pueden ayudar al paciente a leer, escribir o traducir, pero solo el paciente puede proporcionar las respuestas a la encuesta.

* Como soy el representante legal, ¿puedo responder a la encuesta?

No. La encuesta CAHPS de los Centros de Hemodiálisis no permite que los representantes del paciente respondan las preguntas.