Número de OMB: 0938-0926

Fecha de vencimiento: 31 de enero de 2026

Encuesta de Medicare de los Centros de Hemodiálisis

De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-0926. Esta recolección de información produce datos comparables de centros de diálisis para ayudar a los individuos a elegir un y para mejorar la atención. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es menos de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la información recopilada. Esta recolección de datos es obligatoria para los centros de diálisis clasificados bajo 42 CFR §413.178(c)(iii) para cumplir con los requisitos del programa, y es voluntaria para los participantes de la encuesta. La confidencialidad está asegurada bajo 5 U.S.C. 552a (Ley de Privacidad de 1974). Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **\*\*\*\*Divulgación del CMS\*\*\*\* Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a PRA Reports Clearance Office. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no esté relacionada con la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control de OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con** [**ICHCAHPS@cms.hhs.gov**](mailto:ICHCAHPS@cms.hhs.gov)**.**

# Instrucciones para el cuestionario

**Esta encuesta trata de sus experiencias con el cuidado de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME].**

Conteste cada pregunta marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.

A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

1. Sí
2. No arrow point toward the right**Si contestó “No”, pase a la pregunta 25**
3. ¿En dónde le hacen los tratamientos de diálisis?
4. En la casa o en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo arrow point toward the right**Si contestó “En la casa o en un asilo de ancianos con servicios de enfermería especializada en donde vivo”, pase a la pregunta 45**
5. En un centro de diálisis
6. Actualmente no recibo diálisisarrow point toward the right**Si contestó “Actualmente no recibo diálisis”, pase a la pregunta 45**
7. ¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis en [SAMPLE FACILITY NAME]?
8. Menos de 3 meses arrow point toward the right**Si contestó** **“Menos de 3 meses”, pase a la pregunta 45**
9. Al menos 3 meses pero menos de 1 año
10. Al menos 1 año pero menos de 5 años
11. 5 años o más
12. Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis arrow point toward the right**Si contestó “Actualmente no recibo diálisis en este centro de diálisis”, pase a la pregunta 45**

## Sus doctores de los riñones

Los doctores de los riñones son el doctor o los doctores que están más involucrados en su cuidado de diálisis actual. Esto incluye a doctores de los riñones dentro y fuera del centro de diálisis.

1. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención sus doctores de los riñones?
2. Nunca
3. A veces
4. La mayoría de las veces
5. Siempre
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sus doctores de los riñones le explicaban las cosas en una forma fácil de entender?
7. Nunca
8. A veces
9. La mayoría de las veces
10. Siempre
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sus doctores de los riñones mostraban respeto por lo que usted decía?
12. Nunca
13. A veces
14. La mayoría de las veces
15. Siempre
16. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasaron suficiente tiempo con usted sus doctores de los riñones?
17. Nunca
18. A veces
19. La mayoría de las veces
20. Siempre
21. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió que sus doctores de los riñones realmente le apreciaban a usted como persona?
22. Nunca
23. A veces
24. La mayoría de las veces
25. Siempre
26. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es los peores doctores de los riñones posibles y 10 es los mejores doctores de los riñones posibles, ¿qué número usaría para calificar a los doctores de los riñones que tiene ahora?

0 0 Los peores doctores de los riñones posibles

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

9 9

10 10 Los mejores doctores de los riñones posibles

1. ¿Sus doctores de los riñones parecen estar informados y al tanto de la atención médica que usted recibió de otros doctores?
2. Sí
3. No

## El personal del centro de diálisis

Para las siguientes preguntas, el personal del centro de diálisis no incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.

1. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le escuchaba con atención el personal del centro de diálisis?
2. Nunca
3. A veces
4. La mayoría de las veces
5. Siempre
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le explicaba las cosas a usted el personal del centro de diálisis en una forma fácil de entender?
7. Nunca
8. A veces
9. La mayoría de las veces
10. Siempre
11. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis mostró respeto por lo que usted decía?
12. Nunca
13. A veces
14. La mayoría de las veces
15. Siempre
16. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia pasó suficiente tiempo con usted el personal del centro de diálisis?
17. Nunca
18. A veces
19. La mayoría de las veces
20. Siempre
21. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió que el personal del centro de diálisis realmente le apreciaba a usted como persona?
22. Nunca
23. A veces
24. La mayoría de las veces
25. Siempre
26. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le hizo sentirse lo más cómodo posible durante la diálisis?
27. Nunca
28. A veces
29. La mayoría de las veces
30. Siempre
31. En los últimos 3 meses, ¿el personal del centro de diálisis mantuvo la información sobre usted y sobre su salud de la manera más privada posible para que otros pacientes no la pudieran ver o escuchar?
32. Sí
33. No
34. En los últimos 3 meses, ¿se sintió lo suficientemente cómodo como para preguntarle al personal del centro de diálisis todo lo que quería saber acerca del tratamiento de diálisis?
35. Sí
36. No
37. En los últimos 3 meses, ¿alguien del personal del centro de diálisis le preguntó cómo su enfermedad de los riñones afecta otros aspectos de su vida?
38. Sí
39. No
40. El personal del centro de diálisis puede conectarle a la máquina de diálisis a través de un injerto, una fístula o un catéter o sonda. ¿Sabe como cuidar su injerto, fístula o catéter o sonda?
41. Sí
42. No
43. En los últimos 3 meses, ¿qué fue lo que usaron con más frecuencia para conectarle a la máquina de diálisis?
44. Un injerto
45. Una fístula
46. Un catéter o sonda arrow point toward the right**Si contestó “Un catéter o sonda”, pase a la pregunta 22**
47. No sé arrow point toward the right**Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 22**
48. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le insertó las agujas de manera que le causara el menor dolor posible?
49. Nunca
50. A veces
51. La mayoría de las veces
52. Siempre
53. Yo me coloco las agujas solo
54. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le chequeó tan de cerca como usted quería mientras estaba en la máquina de diálisis?
55. Nunca
56. A veces
57. La mayoría de las veces
58. Siempre
59. En los últimos 3 meses, ¿ocurrió algún problema durante su diálisis?
60. Sí
61. No arrow point toward the right**Si contestó “No”, pase a la pregunta 25**
62. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis pudo manejar los problemas que se presentaron durante su diálisis?
63. Nunca
64. A veces
65. La mayoría de las veces
66. Siempre
67. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis se comportó de manera profesional?
68. Nunca
69. A veces
70. La mayoría de las veces
71. Siempre

Recuerde que para estas preguntas, el personal del centro de diálisis no incluye a los doctores. El personal del centro de diálisis se refiere a las enfermeras, técnicos, nutricionistas y trabajadores sociales en este centro de diálisis.

1. En los últimos 3 meses, ¿el personal del centro de diálisis habló con usted acerca de lo que debería comer y beber?
2. Sí
3. No
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el personal del centro de diálisis le explicó los resultados de las pruebas de sangre de una manera fácil de entender?
5. Nunca
6. A veces
7. La mayoría de las veces
8. Siempre
9. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a ser tratado con respeto y tiene derecho a tener privacidad. ¿Alguna vez le dieron en este centro de diálisis información por escrito acerca de sus derechos como paciente?
10. Sí
11. No
12. ¿Alguna vez el personal de este centro de diálisis repasó con usted sus derechos como paciente?
13. Sí
14. No
15. ¿Alguna vez el personal del centro de diálisis le dijo qué debe hacer si tiene un problema de salud cuando está en casa?
16. Sí
17. No
18. ¿Alguna vez un miembro del centro de diálisis le dijo cómo desconectarse de la máquina si hay una emergencia en el centro?
19. Sí
20. No
21. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor personal del centro de diálisis posible y 10 es el mejor personal del centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar al personal de su centro de diálisis?

0 0 El peor personal posible del centro de diálisis

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

9 9

10 10 El mejor personal posible del centro de diálisis

## El centro de diálisis

1. En los últimos 3 meses, cuando usted llegó a tiempo, ¿con qué frecuencia le conectaron a la máquina de diálisis a los 15 minutos o antes de su cita o turno?
2. Nunca
3. A veces
4. La mayoría de las veces
5. Siempre
6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estaba el centro de diálisis tan limpio como podía estarlo?
7. Nunca
8. A veces
9. La mayoría de las veces
10. Siempre
11. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es el peor centro de diálisis posible y 10 es el mejor centro de diálisis posible, ¿qué número usaría para calificar a este centro de diálisis?

0 0 El peor centro de diálisis posible

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

9 9

10 10 El mejor centro de diálisis posible

## Tratamiento

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado que recibió en los últimos 12 meses. Mientras responde estas preguntas, solo piense en sus experiencias en [SAMPLE FACILITY NAME], aunque no haya recibido cuidado todos los 12 meses.

1. La enfermedad de los riñones puede ser tratada con diálisis en un centro de diálisis, un trasplante de riñón o con diálisis que se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿sus doctores de los riñones o el personal del centro de diálisis hablaron con usted tanto como lo deseaba sobre cuál era el tratamiento más adecuado para usted?
2. Sí
3. No
4. ¿Es usted elegible para recibir un trasplante de riñón?
5. Sí arrow point toward the right**Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 39**
6. No
7. No sé arrow point toward the right**Si contestó “No sé”, pase a la pregunta 39**
8. En los últimos 12 meses, ¿le ha explicado un doctor o el personal del centro de diálisis por qué usted no es elegible para un trasplante de riñón?
9. Sí
10. No
11. La diálisis peritoneal es la que se hace a través del estómago y la mayoría de las veces se hace en casa. En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus doctores de los riñones o alguien del personal del centro de diálisis le habló acerca de la diálisis peritoneal?
12. Sí
13. No
14. En los últimos 12 meses, ¿estuvo usted tan involucrado como quería en escoger el tratamiento para la enfermedad de los riñones más adecuado para usted?
15. Sí
16. No
17. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez estuvo descontento con el cuidado que recibió en el centro de diálisis o de sus doctores de los riñones?
18. Sí
19. No arrow point toward the right**Si contestó “No”, pase a la pregunta 45**
20. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez habló con alguien del personal del centro de diálisis sobre esto?
21. Sí
22. No arrow point toward the right**Si contestó “No”, pase a la pregunta 45**
23. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuvo satisfecho con la manera en la que manejaron esos problemas?
24. Nunca
25. A veces
26. La mayoría de las veces
27. Siempre
28. Medicare y su estado tienen agencias especiales que verifican la calidad del cuidado de este centro de diálisis. En los últimos 12 meses, ¿presentó alguna queja a cualquiera de estas agencias?
29. Sí
30. No

## Acerca de usted

1. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?
2. Excelente
3. Muy bueno
4. Bueno
5. Regular
6. Malo
7. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud mental o emocional?
8. Excelente
9. Muy bueno
10. Bueno
11. Regular
12. Malo
13. ¿Está en tratamiento por tener la presión alta?
14. Sí
15. No
16. ¿Está en tratamiento porque tiene diabetes o el nivel de azúcar en la sangre alto?
17. Sí
18. No
19. ¿Está en tratamiento porque tiene una enfermedad cardiaca o problemas del corazón?
20. Sí
21. No
22. ¿Es usted sordo o tiene mucha dificultad para oír?
23. Sí
24. No
25. ¿Es usted ciego o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes/anteojos?
26. Sí
27. No
28. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene mucha dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?
29. Sí
30. No
31. ¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir escaleras?
32. Sí
33. No
34. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?
35. Sí
36. No
37. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer mandados por sí mismo, como ir al consultorio de un doctor o ir de compras?
38. Sí
39. No
40. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?
41. Sin educación formal
42. 5° grado o menos
43. 6°, 7° u 8° grado
44. Algo de preparatoria o 'high school' pero sin graduarse
45. Graduado de la escuela preparatoria o ‘high school’ o GED
46. Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
47. Título universitario de 4 años
48. Título universitario de más de 4 años
49. ¿Qué idioma habla usted principalmente en el hogar?  
    (Marque solo una respuesta.)
50. check box Inglés
51. check box Español
52. check box Chino
53. check box Samoano
54. check box Ruso
55. check box Vietnamita
56. check box Portugués
57. check box Algún otro idioma (por favor, especifique):  
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
58. ¿Es usted de origen español, hispano o latino?
59. No, no es de origen español, hispano o latino
60. Sí, puertorriqueño
61. Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
62. Sí, cubano
63. Sí, de otro origen español, hispano o latino
64. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más categorías.)
65. Indígena de las Américas o nativa de Alaska
66. Asiática – **Por favor   
    especifique arrow point toward the right**
67. India asiática
68. China
69. Filipina
70. Japonesa
71. Coreana
72. Vietnamita
73. Otra raza asiática
74. Negra o afroamericana
75. Nativa de Hawái o isleña del Pacífico – **Por favor especifique** arrow point toward the right
76. Guamesa o Chamorra
77. Nativa de Hawái
78. Samoana
79. De otra isla del Pacífico
80. Blanca
81. ¿Le ayudó alguien a llenar esta encuesta?
82. Sí
83. No arrow point toward the right**Gracias. Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que no necesita estampilla de correo.**
84. ¿Quién le ayudó a llenar la encuesta?
85. Un miembro de su familia
86. Un amigo
87. Un miembro del personal del centro de diálisis
88. Otra persona (Por favor, escriba en letra tipo imprenta):  
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
89. ¿Cómo le ayudó esa persona? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan.
90. Me leyó las preguntas
91. Escribió las respuestas que yo le di
92. Contestó las preguntas por mí
93. Tradujo las preguntas a mi idioma
94. Me ayudó de alguna otra manera (Por favor escriba en letra tipo imprenta):  
    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre adjunto a:

VENDOR’S NAME

STREET ADDRESS 1

STREET ADDRESS 2

CITY, STATE, ZIP