

Serious Illness Survey for Home-Based Programs

Mail Survey—Spanish

The Serious Illness Survey for Home-Based Programs assesses the experiences of patients who receive care from programs that provide serious illness care in patients' homes. Access the complete set of survey resources, including guidance on administration, sampling, and analysis, at www.rand.org/Serious-Illness-Survey. For more information, contact seriousillness@rand.org.

Survey development was funded by the Gordon and Betty Moore Foundation and carried out within the Quality Measurement and Improvement Program in RAND Health Care.

For more information on this publication, visit www.rand.org/t/TLA1547-2.

About RAND

The RAND Corporation is a research organization that develops solutions to public policy challenges to help make communities throughout the world safer and more secure, healthier and more prosperous. RAND is nonprofit, nonpartisan, and committed to the public interest. To learn more about RAND, visit www.rand.org. For more information about RAND Health Care, see www.rand.org/health-care.

Research Integrity

Our mission to help improve policy and decisionmaking through research and analysis is enabled through our core values of quality and objectivity and our unwavering commitment to the highest level of integrity and ethical behavior. To help ensure our research and analysis are rigorous, objective, and nonpartisan, we subject our research publications to a robust and exacting quality-assurance process; avoid both the appearance and reality of financial and other conflicts of interest through staff training, project screening, and a policy of mandatory disclosure; and pursue transparency in our research engagements through our commitment to the open publication of our research findings and recommendations, disclosure of the source of funding of published research, and policies to ensure intellectual independence. For more information, visit www.rand.org/about/principles.

RAND's publications do not necessarily reflect the opinions of its research clients and sponsors.

Published by the RAND Corporation, Santa Monica, Calif.
© 2021 RAND Corporation

RAND® is a registered trademark.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution – NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.



Encuesta sobre la atención y cuidados

Por favor conteste las preguntas de la encuesta sobre la atención y cuidados que recibe de:

PROGRAM NAME

Todas las preguntas en esta encuesta serán sobre la atención y cuidados que recibe de este programa. Si necesita, usted puede pedirle a un familiar o a un amigo/a que le ayude con la encuesta o que la complete por usted.

Si usted está completando esta encuesta en nombre del paciente, recuerde que todas las preguntas de la encuesta se refieren a la atención y cuidados que recibió el paciente. A menos que una pregunta indique lo contrario, por favor, no considere sus propias experiencias en las respuestas que proporcione.

Instrucciones para la encuesta

- Use un bolígrafo de tinta negra para completar la encuesta.
- Marque con una 'X' el cuadrado para indicar su respuesta. Vea el ejemplo:
 - 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
 - No → **Si contestó "No", pase a la pregunta 1**

Por favor devuelva la encuesta llenada en el sobre con porte prepagado a:

[MAILING ADDRESS]

La atención y cuidados que usted recibe de este programa

Las personas de este programa le pueden tomar la presión, revisar sus medicinas o hablar con usted sobre sus síntomas. Las visitas con este programa pueden ser en su hogar, por videollamada o por teléfono.

Al responder a las preguntas de esta encuesta, por favor solamente considere la atención que usted recibe de:

PROGRAM NAME

1. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces alguien de este programa lo visitó a usted en su hogar?

- Ninguna
- 1 a 2 veces
- 3 a 4 veces
- 5 a 6 veces
- 7 veces o más

2. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces habló usted con alguien de este programa por teléfono o por videollamada para hacer preguntas o solicitar ayuda con su atención médica?

- Ninguna
- 1 a 2 veces
- 3 a 4 veces
- 5 a 6 veces
- 7 veces o más

3. Si usted ve o habla solamente con una persona de este programa, piense en esa persona cuando la pregunta diga las personas de este programa.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia las personas de este programa pasaron suficiente tiempo con usted?

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

4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia las personas de este programa le explicaron las cosas de una manera que usted pudiera entenderlas?

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

5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia las personas de este programa lo escucharon con atención?

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

6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió usted que las personas de este programa se preocupaban por usted como persona, en todos los sentidos?

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

7. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia se sintió usted escuchado y comprendido por el personal de este programa?**
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
8. **En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia las personas de este programa parecían estar al tanto de la información importante de su historial médico?**
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
9. **En los últimos 3 meses, ¿alguien de este programa habló con usted sobre la atención o el tratamiento que recibe de otros doctores o profesionales de salud?**
- Sí, definitivamente
 - Sí, hasta cierto punto
 - No
10. **En los últimos 3 meses, ¿alguien de este programa ha hablado con usted sobre todas las medicinas que usted está tomando?**
- Sí, definitivamente
 - Sí, hasta cierto punto
 - No
 - No estoy tomando ninguna medicina

11. **Las actividades diarias incluyen cosas como arreglarse por la mañana, comer o ir a lugares en su comunidad.**

En los últimos 3 meses, ¿alguien de este programa habló con usted sobre cómo recibir ayuda con las actividades diarias?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No quise hablar con este programa sobre recibir ayuda con las actividades diarias

Ayuda en los últimos 3 meses

12. **En los últimos 3 meses, cuando se puso en contacto con este programa entre visitas para hacer preguntas o solicitar ayuda con su atención médica, ¿obtuvo usted la ayuda que necesitaba?**

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No me puse en contacto con este programa entre visitas para hacer preguntas o solicitar ayuda

13. **En los últimos 3 meses, ¿tuvo usted algún dolor?**

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

14. **En los últimos 3 meses, ¿recibió usted toda la ayuda que quiso para su dolor?**

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No quise ayuda para mi dolor

15. En los últimos 3 meses, ¿tuvo usted alguna dificultad para respirar?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 17

16. En los últimos 3 meses, ¿recibió usted toda la ayuda que quiso para su dificultad para respirar?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No quise ayuda para mi dificultad para respirar

17. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento sintió usted ansiedad o tristeza?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 19

18. En los últimos 3 meses, ¿recibió usted toda la ayuda que quiso para su ansiedad o tristeza?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No quise ayuda con mi ansiedad o tristeza

Sus familiares o amigos

19. En los últimos 3 meses, ¿tuvo usted familiares o amigos involucrados en su atención médica?

- Sí
- No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 22

20. En los últimos 3 meses, ¿las personas de este programa involucraron a sus familiares o amigos en discusiones sobre su atención médica tanto como usted quiso?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

21. En los últimos 3 meses, ¿sus familiares o amigos recibieron de este programa todo el apoyo emocional que ellos quisieron?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- Mis familiares o amigos no quisieron apoyo emocional de este programa

Planificando su atención y cuidados médicos

22. ¿Alguna vez, alguien de este programa habló con usted sobre lo que debería hacer durante una emergencia médica?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

23. ¿Alguna vez, alguien de este programa habló con usted sobre lo que es importante en su vida?

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

24. **¿Alguna vez, alguien de este programa habló con usted sobre cuáles serían sus opciones de atención médica si su salud empeorara?**

- Sí, definitivamente
- Sí, hasta cierto punto
- No

25. **Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor atención posible y el 10 siendo la mejor atención posible, ¿qué número usaría para calificar la atención y cuidados que recibió de este programa?**

- 0 La peor atención posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor atención posible

26. **¿Recomendaría usted este programa a sus amigos y familiares?**

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

Acerca de usted (el paciente)

Si usted está completando esta encuesta en nombre del paciente, por favor recuerde que estas preguntas se refieren al paciente.

27. **¿Normalmente, puede usted salir de su casa o edificio para ir afuera, incluso si usa un bastón, un andador (una andadera) o con apoyo de otras personas?**

- Sí, por mí mismo
- Sí, con ayuda
- No

28. **¿Normalmente, puede acostarse y levantarse de la cama?**

- Sí, por mí mismo
- Sí, con ayuda
- No

29. **En general, ¿cómo calificaría su salud física?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

- 8 años de escuela o menos
- 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- Graduado de la escuela secundaria, diploma de escuela secundaria (*high school*), preparatoria, 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

32. ¿Es usted de ascendencia u origen hispano, latino o español?

- No, ni español, ni hispano, ni latino
- Sí, puertorriqueño
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, cubano
- Sí, otro español/hispano/latino

33. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Indígena americana o nativa de Alaska

34. ¿Qué idioma habla usted principalmente en su casa?

- Inglés
- Español
- Algún otro idioma (Por favor escriba en letra de molde)

35. ¿Alguien le ayudó a completar la encuesta? Por favor marque una o más.

- Sí, me leyó las preguntas
- Sí, anotó las respuestas que le di
- Sí, contestó las preguntas por mí
- Sí, tradujo las preguntas a mi idioma
- Sí, me ayudó de otra forma
- No, nadie me ayudó a completar la encuesta

36. Al pensar en sus experiencias con el programa, ¿hay algo que usted piense que funciona bien o algo que usted desearía que fuera diferente? Por favor, coméntenos sobre esas experiencias.

GRACIAS

Por favor devuelva la encuesta llenada en el sobre con porte prepago a:

[MAILING ADDRESS]