

---

# Encuesta sobre {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}

*Una encuesta acerca de sus experiencias con {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}*

---

{INSERT GRAPHICS. Centered on page.}

## {INSERT LOGOS}

FFM: HHS logo on left; HIM logo on right all on the same line at the bottom of the cover page

SBM: HHS logo on left; SBM logo in the middle; HIM logo on right all on the same line at the bottom of the cover page}

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, en inglés) de 1995, no se exige que una persona responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB por su sigla inglés). El número válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1221. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula en promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios, y llenar y revisar los datos. Si tiene comentarios acerca de la exactitud de estos cálculos, o alguna sugerencia sobre cómo mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

# **Data Collection: Beta Test**

## **Language: Spanish**

## **Reference Period: Since November 15, 2014**

Each item has been labeled to indicate the domain, construct source, and CAHPS or other survey indicator for this review process; the lists below provide the abbreviations used. For example, if a question is labeled: **(IS/F,T/HP5-AM-m1)**, it means this question is from the Information Seeking domain, the construct came from the Focus Groups and Technical Expert Panel, and the question wording is a modified version of the CAHPS Health Plan 5.0 Adult Medicaid Question #1. The headings in this survey are meant for respondent navigation, not domain headings.

### **Marketplace Domain Name**

AP=Application Process

TC=Premium Tax Credit Eligibility

IS=Information Seeking

CuC=Cultural Competence

EP=Health Plan Enrollment Process

GR=Global Ratings

RC=Respondent Characteristics

SP=Specialized Services

*All the questions have a domain label.*

### **Construct Source**

L=Lit Review

F=Focus Groups

S=Stakeholder Interviews

T=Technical Expert Panel

C=Centers for Medicare & Medicaid Services

CI1=Cognitive Interview Round 1

CI2=Cognitive Interview Round 2

OMB60 = OMB 60 Day Comment Period

OMB30 = OMB 30 Day Comment Period

FT = Field Test

CI3= Cognitive Interview Round 3

*Questions that don't have a construct source were included because they came from the CAHPS Health Plan 5.0 survey. For example, we included global ratings and case mix adjuster questions because they are a CAHPS convention.*

## Survey Indicator

HP5-AM-Q# = [CAHPS Health Plan 5.0, Adult Medicaid](#), Question #

HP5-AM-mQ# = [CAHPS Health Plan 5.0, Adult Medicaid](#), modified Question #

HP4-AS-mQ# = [CAHPS Health Plan 4.0, Adult Supplemental](#), modified Question #

HP5-AS-mQ# = [CAHPS Health Plan 5.0, Adult Supplemental](#), modified Question #

These are new CAHPS questions that are not in public documentation yet.

CG2-AS-mQ# = [CAHPS Clinician & Group 2.0, Adult Supplemental](#), modified Question #

CG2-AC-mQ# = [CAHPS Clinician & Group 2.0, Adult Core](#), modified Question #

H-mQ = [Hospital CAHPS](#), Modified Question #

OMH-4302-Q# = [HHS Office of Minority Health ACA Section 4302 Data Collection Standards](#),  
Question #

ACS-P-Q# = [American Community Survey \(ACS\)](#) – Person Section - Question #

NHBS-Q# = [2010 National HIV Behavioral Surveillance System](#) – Question #

M-ACO-Q# = [2014 Medicare Provider Satisfaction Survey – Items for ACOs Participating in Medicare Initiatives](#) – Question #

*Questions that don't have a survey indicator are new questions written for the Marketplace Survey.*

# OVERVIEW MARKETPLACE SURVEY DOMAINS

## I. APPLICATION PROCESS

- Gave or reviewed information about the people in your family who wanted health insurance
- Easy to give or review information about the people in your family
- Giving/reviewing information about the people in your family took longer than expected
- Mode used to give/review information about the people in your family
- Told should review Marketplace about changes to household income or family size
- Easy to understand how to update Marketplace about changes to household income or family size

## II. PREMIUM TAX CREDIT ELIGIBILITY

- Gave or reviewed information about household income
- Giving/reviewing information about household income took longer than expected
- Qualify for Medicaid
- Marketplace help pay for health insurance
- Still waiting to find out if Marketplace will help pay for health insurance
- Easy to find out if could get help paying for health insurance
- Told could appeal decision about how much have to pay for health insurance

## III. INFORMATION SEEKING ON THE WEBSITE

- Visited the Marketplace website
- Had to wait to get what you needed because of problems on website
- Got information you needed
- Why did not get information needed
- Easy to understand the information
- What information was hard to understand
- Information as helpful as you thought it should be

## IV. INFORMATION SEEKING OVER THE PHONE

- Called the Marketplace Call Center
- Got information or help you needed
- Why did not get information or help needed
- Easy to understand the information
- What information was hard to understand
- Call Center as helpful as you thought they should be
- Spoke to a person
- Call Center staff treat you with courtesy and respect

## V. INFORMATION SEEKING IN-PERSON

- Met in person with anyone from an organization that helps people get health insurance through Marketplace
- Got information or help you needed
- Why did not get information or help needed
- Easy to understand the information
- What information was hard to understand
- Persons you met with as helpful as you thought they should be

- Persons you met with treat you with courtesy and respect

## **VI. HEALTH PLAN ENROLLMENT**

- Who is covered by health plan
- Considered services covered and how much you have to pay
- Easy to understand services covered and how much you have to pay
- Try to find out which health plans had any of the doctors or hospitals you wanted
- Easy to understand which health plans had any of the doctors or hospitals you wanted
- Try to find out which health plans covered prescription medicines you needed
- Easy to understand which health plans covered prescription medicines you needed
- Chose a health plan through Marketplace
- Easy to choose a health plan
- Covered by same health plan through Marketplace in 2014
- Covered by any health plan through Marketplace in 2014

## **VII. SPECIALIZED SERVICES**

- Easy to find out which health plans offer physical, occupational, or speech therapy you needed
- Easy to find out which health plans offer home health care services you needed

## **VIII. CULTURAL COMPETENCE**

- Need interpreter
- How often got an interpreter
- Forms available in preferred language
- Forms available in preferred format, such as large print or braille

## **GLOBAL RATINGS**

- Rating of information–Web
- Rating of information–Phone
- Rating of information–In-Person
- Rating of Health Insurance Marketplace
- Recommend Marketplace to friends and family

## **RESPONDENT CHARACTERISTICS**

- Rating of overall health
- Rating of overall mental or emotional health
- Multiple chronic condition status
- Are you deaf
- Are you blind
- Difficulty concentrating, remembering, or making decisions because of a physical, mental, or emotional condition
- Difficulty walking or climbing stairs
- Difficulty dressing or bathing because of a physical, mental, or emotional condition
- Difficulty doing errands alone because of a physical, mental, or emotional condition
- Age
- Sex
- Education status
- Employment status
- Ethnicity

- Race
- Preferred Language
- Proficiency of English language skills
- Covered by health insurance at any time in 2014
- Confidence in understanding health insurance terms
- Someone help you complete this survey
- How did someone help you complete this survey

Domain Overview Note: The Domain Overview is meant to provide a quick overview of what is measured in this survey. It is NOT meant to list hypothesized composite items. There are a mix of screener, assessment/composite, and single items listed under each domain. It also does NOT list out every item but rather is meant to cover unique constructs. For example, if there is a screener item and an assessment item that measure the same construct, then the assessment item is listed.

## Introducción

Le estamos pidiendo que conteste esta encuesta porque usted se puso en contacto con {el} {INSERT MARKETPLACE NAME} para conocer sus opciones de seguro de salud a partir del 15 de noviembre de 2014. El 15 de noviembre de 2014 fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015 a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}. Quizás usó el sitio web, mandó una aplicación por correo, llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente o se reunió en persona con alguien. Esta encuesta incluye preguntas sobre su experiencia con {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}, también conocido como *Obamacare* y por el nombre del sitio web en inglés, {INSERT MARKETPLACE URL}, que fue creado por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (el *Affordable Care Act*, en inglés).

## Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta marcando el cuadrado que aparece a lado 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:

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☒ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 1 en la página 8

---

## Presentando su información para conocer sus opciones de seguro de salud

---

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con el proceso de presentar su información para conocer sus opciones de seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014, que fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015. Quizás usted usó el sitio web, envió una aplicación por correo, llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente o se reunió en persona con alguien.

1. El 15 de noviembre de 2014 fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015 a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}. A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿presentó o revisó información acerca de si mismo o de las personas de su familia que querían obtener un seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (AP/T,CI2)

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 5 en la página 9

2. ¿Le fue fácil presentar o revisar la información acerca de si mismo o de las personas de su familia que querían un seguro de salud? (AP/T,CI2)

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente

<sup>2</sup> ☐ Sí, algo

<sup>3</sup> ☐ No

3. ¿Se tardó más de lo que esperaba en presentar o revisar la información acerca de si mismo o de las personas de su familia? (AP/L,S,T,CI2)

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente

<sup>2</sup> ☐ Sí, algo

<sup>3</sup> ☐ No

4. ¿De qué forma presentó o revisó la información acerca de si mismo o de las personas de su familia?

**Marque todas las que apliquen. (AP/T,CI1,CI2)**

<sup>1</sup> ☐ Usando el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}

<sup>2</sup> ☐ Por correo

<sup>3</sup> ☐ Por teléfono

<sup>4</sup> ☐ En persona



5. El ingreso familiar puede ser su ingreso o el ingreso de las personas de su familia que viven con usted. A partir del 15 de noviembre, ¿presentó o revisó información sobre su ingreso familiar para ver si usted o las personas de su familia podrían recibir ayuda para pagar el seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (TC/T)

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 12 en la página 10

6. ¿Se tardó más de lo que esperaba en presentar o revisar la información sobre su ingreso familiar? (TC/L,S,T)

<sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente

<sup>2</sup> ☐ Sí, algo

<sup>3</sup> ☐ No

7. A partir del 15 de noviembre, ¿usted o las personas de su familia cumplieron los requisitos {de/del} {INSERT MEDICAID NAME}, el programa en su estado que ofrece cobertura de plan de salud para personas, familias y niños de bajos ingresos, mujeres embarazadas y personas con discapacidad? (TC/T)

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No

<sup>3</sup> ☐ No sé

8. A partir del 15 de noviembre, ¿usted o las personas de su familia recibieron ayuda {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} para pagar el seguro de salud? (TC/T)

<sup>1</sup> ☐ Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 10 en la página 10

<sup>2</sup> ☐ No

<sup>3</sup> ☐ No sé

9. ¿Usted o las personas de su familia siguen esperando enterarse si pueden recibir ayuda para pagar su seguro de salud? (TC/CI3)

- <sup>1</sup> ☐ Sí → Si contest “Sí”, pase a la pregunta 11  
<sup>2</sup> ☐ No

10. ¿Le fue fácil enterarse si usted o las personas de su familia podían recibir ayuda para pagar su seguro de salud? (TC/T)

- <sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, algo  
<sup>3</sup> ☐ No

11. Apelar significa decirle a alguien {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} que cree que la decisión que tomaron es incorrecta y pedir una revisión justa de esa decisión. A partir del 15 de noviembre, ¿alguien {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} le explicó que podía apelar si no estaba de acuerdo con la decisión sobre cuánto tendría que pagar por el seguro de salud? (TC/L,T)

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

12. A partir del 15 noviembre, ¿alguien {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} le explicó que debe informarles cuando haya algún cambio en su ingreso familiar o en el número de personas de su familia? (AP/CI1)

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 14 en la página 11

13. ¿Le fue fácil de entender cómo mantener informado {a/al} {INSERT MARKETPLACE NAME} sobre cambios en su ingreso familiar o en el número de personas de su familia? (AP/CI1)

- <sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, algo  
<sup>3</sup> ☐ No

---

**Buscando información en el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}**

---

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias cuando visitó el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014 que fue el primer día que usted podía elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015.

**14.** A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿visitó el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} que se encuentra en {INSERT MARKETPLACE URL}? **(IS/T)**

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 22 en la página 13**

**15.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia tuvo que esperar para obtener lo que necesitaba por causa de problemas en el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/OMB60)**

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

**16.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia obtuvo la información que necesitaba del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/F,T/HP4-AS-mPW2)**

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre → **Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 18 en la página 12**

**17. Si no obtuvo la información que necesitaba del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, ¿fue por alguna de las siguientes razones? Marque todas las que apliquen. (IS/F, T/HP4-AS-mCS1)**

**No obtuvo la información  
porque:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| a) No pudo encontrar la información que necesitaba  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Le fue difícil entender la información   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) El sitio web era confuso   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Era difícil encontrar la manera de obtener ayuda   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) El sitio web era demasiado complicado  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) La información en el sitio web era inconsistente o incorrecta  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) La información no estaba en el idioma que prefiere   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) No pudo encontrar el mismo plan de salud que tenía durante el 2014   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| i) El sitio web no funcionaba bien  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| j) El sitio web no funcionaba bien con el equipo especial<br>o el <i>software</i> que usted utiliza debido a una discapacidad | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| k) Alguna otra razón  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |

*Especifique:* \_\_\_\_\_

**18. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia le fue fácil de entender la información del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (IS/L,S,T/HP4-AS-mPW3)**

- <sup>1</sup>☐ Nunca
- <sup>2</sup>☐ A veces
- <sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces
- <sup>4</sup>☐ Siempre → **Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 20**

**19.** ¿Qué información del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} le fue difícil de entender? **Marque todas las que apliquen. (IS/L,S,T/HP4-AS-mPW4)**

**Fue(ron) difícil(es) de entender:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| a) Cómo podría recibir ayuda para pagar el seguro de salud  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Plazos importantes   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Los beneficios y la cobertura para consultas con el doctor o el especialista                         | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Los beneficios y la cobertura para medicinas recetadas   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Los beneficios y la cobertura para atención prenatal o atención del parto                            | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Cuánto tendría que pagar por cada plan de salud  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) Cuánto tendría que pagar de su bolsillo por los servicios de salud en cada plan de salud             | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Qué doctores están en cada plan de salud   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| i) Cuánto tendría que pagar si consultara a doctores que no pertenecieran al plan de salud              | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| j) Cómo calcular el tamaño de su familia o su ingreso familiar  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| k) Qué doctores en cada plan de salud tienen oficinas que son accesibles para personas con discapacidad | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| l) Cómo encontrar un plan de salud que respondiera a las necesidades de su familia                      | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| m) Alguna otra cosa   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |

*Especifique:* \_\_\_\_\_

**20.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia la información del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} fue tan útil como usted pensó que debería ser? **(IS/F,T/CG2-AC-m24)**

- <sup>1</sup>☐ Nunca
- <sup>2</sup>☐ A veces
- <sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces
- <sup>4</sup>☐ Siempre

**21.** Queremos saber su calificación del sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, {INSERT MARKETPLACE URL}. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor sitio web posible y el 10 el mejor sitio web posible, ¿qué número usaría para calificar el sitio web {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} **(GR/HP5-AM-m26)**

- ☐ 0 El peor sitio web posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 El mejor sitio web posible

---

### **Obteniendo información por teléfono**

---

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014, que fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015.

**22.** A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/T)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 31 en la página 16**

**23.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia recibió la información o ayuda que necesitaba cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/F,T/HP5-AM-m22)**

- <sup>1</sup> ☐ Nunca
- <sup>2</sup> ☐ A veces
- <sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces
- <sup>4</sup> ☐ Siempre → **Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 25 en la página 14**

**24. Si no recibió la información que necesitaba cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, ¿fue por alguna de las siguientes razones? Marque todas las que apliquen. (IS/F,T/HP4-AS-mCS1)**

**No recibió la información o ayuda que necesitaba porque:**

- a) No pudieron responder a sus preguntas 1 ☐
- b) Tuvo que esperar en la línea demasiado tiempo 1 ☐
- c) Tuvo que llamar varias veces para poder hablar con alguien 1 ☐
- d) Tuvo que esperar demasiado tiempo para que alguien le devolviera la llamada 1 ☐
- e) No le devolvieron la llamada 1 ☐
- f) La información que le dieron era incorrecta o inconsistente 1 ☐
- g) No tenían la información que usted necesitaba 1 ☐
- h) La información que le dieron era difícil de entender 1 ☐
- i) No pudo hablar con alguien en el idioma que prefiere 1 ☐
- j) No pudieron encontrar el mismo plan que tenía durante el 2014 1 ☐
- k) La línea de ayuda de servicio al cliente tuvo problemas con el sitio web cuando llamó 1 ☐
- l) No había disponibilidad de servicio de relevo por vídeo para personas que están sordas 1 ☐
- m) Alguna otra razón 1 ☐

*Especifique:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**25. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia le fue fácil de entender la información que recibió cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (IS/L,S,T/HP4-AS-mPW3)**

- 1 ☐ Nunca
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ La mayoría de las veces
- 4 ☐ Siempre → Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 27 en la página 15

26. ¿Qué información le fue difícil de entender cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **Marque todas las que apliquen. (IS/L,S,T/HP4-AS- mPW4)**

**Fue(ron) difícil(es) de entender:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| a) Cómo obtener ayuda para pagar el seguro de salud   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Plazos importantes   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Los beneficios y la cobertura para consultas con el doctor o el especialista                 | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Los beneficios y la cobertura para medicinas recetadas                                       | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Los beneficios y la cobertura para atención prenatal o atención del parto                    | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Cuánto tendría que pagar por cada plan de salud  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) Cuánto tendría que pagar de su bolsillo por los servicios de salud en cada plan de salud     | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Qué doctores están en cada plan de salud   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| i) Cuánto tendría que pagar si consultara a doctores que no pertenecieran al plan de salud      | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| j) Cómo calcular el tamaño de su familia o su ingreso familiar                                  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| k) Qué doctores en cada plan de salud tienen oficinas accesibles para personas con discapacidad | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| l) Cómo encontrar un plan de salud que respondiera a las necesidades de su familia              | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| m) Alguna otra cosa   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
- Especifique:* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

27. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} fue tan servicial como lo esperaba? **(IS/F,T/CG2-AC-m24)**

- <sup>1</sup> ☐ Nunca
- <sup>2</sup> ☐ A veces
- <sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces
- <sup>4</sup> ☐ Siempre

28. A partir del 15 noviembre, ¿habló con una persona cuando llamó a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS, CI1)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 30 en la página 16**



**29.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia el personal de la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} lo trató con cortesía y respeto cuando llamó? **(IS/L,F/HP5-AM-m23)**

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

**30.** Queremos saber su calificación de la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor línea de ayuda de servicio al cliente y el 10 la mejor línea de ayuda de servicio al cliente posible, ¿qué número usaría para calificar a la línea de ayuda de servicio al cliente {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(GR/HP5-AM-m26)**

- ☐ 0 La peor línea de ayuda de servicio al cliente  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 La mejor línea de ayuda de servicio al cliente

---

### **Obteniendo información en persona**

---

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias cuando se reunió en persona con alguien de una organización que ayuda a la gente a obtener seguros de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014, que fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015.

**31.** A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿se reunió en persona con alguien de una organización que ayuda a la gente a obtener seguros de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/T)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 39 en la página 19**

**32.** A partir del 15 de noviembre, cuando se reunió en persona con alguien sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, ¿con qué frecuencia recibió la información o ayuda que necesitaba? **(IS/F,T/HP5-AM-m22)**

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre→ **Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 34**

**33.** Si **no** recibió la información o ayuda que necesitaba cuando se reunió en persona con alguien sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, ¿fue por alguna de las siguientes razones? **Marque todas las que apliquen.** **(IS/F,T/HP4-AS-mCS1)**

**No recibió la información o ayuda que necesitaba porque:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| a) No hubo suficiente tiempo   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) No tenían la información que usted necesitaba   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) La información que le dieron era difícil de entender  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) La información que le dieron era inconsistente o incorrecta                                 | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) No pudo hablar con alguien en el idioma que prefiere o usar dactilología (lenguas de señas) | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) No pudieron encontrar el mismo plan que tenía durante el 2014                               | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) La persona con la que se reunió tuvo problemas con el sitio web                             | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Alguna otra razón   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |

*Especifique:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**34.** A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia le fue fácil de entender la información que recibió cuando se reunió en persona con alguien sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(IS/L,S,T/HP4-AS-mPW3)**

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre→ **Si contestó “Siempre”, pase a la pregunta 36 en la página 18**

**35. ¿Qué información le fue difícil de entender cuando se reunió en persona con alguien {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? Marque todas las que apliquen. (IS/L,S,T/HP4-AS-mPW4)**

**Fue(ron) difícil(es) de entender:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| a) Cómo obtener ayuda para pagar el seguro de salud   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| b) Plazos importantes   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| c) Los beneficios y la cobertura para consultas con el doctor o el especialista                 | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| d) Los beneficios y la cobertura para medicinas recetadas                                       | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| e) Los beneficios y la cobertura para atención prenatal o atención del parto                    | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| f) Cuánto tendría que pagar por cada plan de salud  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| g) Cuánto tendría que pagar de su bolsillo por los servicios de salud en cada plan de salud     | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| h) Qué doctores están en cada plan de salud   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| i) Cuánto tendría que pagar si consultara a doctores que no pertenecieran al plan de salud      | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| j) Cómo calcular el tamaño de su familia o su ingreso familiar                                  | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| k) Qué doctores en cada plan de salud tienen oficinas accesibles para personas con discapacidad | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| l) Cómo encontrar un plan de salud que respondiera a las necesidades de su familia              | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |
| m) Alguna otra cosa   | <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> |

*Especifique:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**36. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia las personas con quien se reunió sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} fueron tan serviciales como usted lo esperaba? (IS/F,T/CG2-AC-m24)**

- <sup>1</sup>☐ Nunca  
<sup>2</sup>☐ A veces  
<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>☐ Siempre

**37. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia las personas con quien se reunió sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} lo trataron con cortesía y respeto? (IS/L,F/HP5-AM-m23)**

- <sup>1</sup>☐ Nunca  
<sup>2</sup>☐ A veces  
<sup>3</sup>☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup>☐ Siempre

**38.** Queremos saber su calificación de la ayuda que recibió en persona para usar los servicios {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor ayuda en persona posible y el 10 la mejor ayuda en persona posible, ¿qué número usaría para calificar la ayuda que recibió cuando se reunió en persona con alguien sobre cómo obtener seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(GR/HP5-AM-m26)**

- ☐ 0 La peor ayuda en persona posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 La mejor ayuda en persona posible

---

### **Eligiendo un plan de salud**

---

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias al elegir un plan de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014, que fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015. Esto podría incluir el elegir un nuevo plan de salud o el mismo plan de salud que tenía en el 2014.

**39.** A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿ha buscado un seguro de salud para si mismo a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(EP/C)**

- <sup>1</sup>☐ Sí
- <sup>2</sup>☐ No

**40.** A partir del 15 de noviembre, ¿ha buscado un seguro de salud para otro miembro de su familia, como su cónyuge o un hijo, a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(EP/C)**

- <sup>1</sup>☐ Sí
- <sup>2</sup>☐ No

Si estaba buscando seguro de salud para otro miembro de su familia, por favor incluya a estas personas cuando conteste las siguientes preguntas acerca de sus experiencias eligiendo un plan de seguro de salud.

- 41.** A partir del 15 de noviembre, ¿tomó en cuenta la cobertura de servicios de los planes de seguros de salud disponibles a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} y cuánto tendría que pagar? **(EP/L,S,T)**

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No” pase a la pregunta 43**

- 42.** A partir del 15 de noviembre, ¿con que frecuencia le fue fácil de entender la cobertura de servicios por los planes de seguros de salud disponibles y cuánto tendría que pagar? **(EP/L,S,T)**

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

- 43.** A partir del 15 de noviembre, ¿trató de averiguar en qué planes de salud disponibles a usted a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} estaban cualquiera de los doctores o los hospitales que usted quería? **(EP/L, S,T)**

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 45**

- 44.** A partir del 15 de noviembre, ¿con que frecuencia le fue fácil de entender en qué planes de salud estaban cualquiera de los doctores o los hospitales que usted quería? **(EP/L,S,T)**

<sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

- 45.** A partir del 15 de noviembre, ¿trató de averiguar qué planes de salud disponibles a usted a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} cubrían las medicinas recetadas que necesitaba? **(EP/OMB30)**

<sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 47 en la página 21**

**46.** A partir del 15 de noviembre, ¿con que frecuencia le fue fácil de entender qué planes de salud cubrían las medicinas recetas que necesitaba? (EP/OMB30)

- <sup>1</sup> ☐ Nunca
- <sup>2</sup> ☐ A veces
- <sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces
- <sup>4</sup> ☐ Siempre

**47.** La terapia especial incluye terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla. A partir del 15 de noviembre, ¿ha necesitado terapia especial? (SP/C/HP5-AS-CC11)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 49**

**48.** A partir del 15 de noviembre, ¿le fue fácil averiguar qué planes de salud disponibles a usted a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} ofrecían los servicios de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla que necesitaba? (SP/C/HP5-AS-mCC12)

- <sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> ☐ Sí, algo
- <sup>3</sup> ☐ No

**49.** Los servicios de atención de salud o asistencia en el hogar incluyen atención de enfermería en el hogar, ayuda para bañarse o vestirse, y ayuda con tareas domésticas básicas. A partir del 15 de noviembre, ¿ha necesitado que alguien vaya a su casa para brindarle servicios de atención de salud o asistencia en el hogar? (SP/C/ HP5-AS-CC13)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 51**

**50.** A partir del 15 de noviembre, ¿le fue fácil averiguar qué planes de salud disponibles a usted a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} ofrecían los servicios de atención de salud o asistencia en el hogar que necesitaba? (SP/C/HP5-AS-mCC14)

- <sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente
- <sup>2</sup> ☐ Sí, algo
- <sup>3</sup> ☐ No

**51.** A partir del 15 de noviembre, ¿ eligió un plan de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (EP/T)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 54 en la página 22**

52. A partir del 15 de noviembre, ¿le fue fácil elegir un plan de salud? (EP/L,S,T/HP5-AM-m25)

- <sup>1</sup> ☐ Sí, definitivamente  
<sup>2</sup> ☐ Sí, algo  
<sup>3</sup> ☐ No

53. ¿Estuvo también cubierto bajo ese plan de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} durante el 2014? (EP/FT, T)

- <sup>1</sup> ☐ Sí → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta 55  
<sup>2</sup> ☐ No  
<sup>3</sup> ☐ No sé

54. ¿Estuvo cubierto bajo **cualquier** plan de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} durante cualquier momento del 2014? (EP/FT,T,CI3)

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No  
<sup>3</sup> ☐ No sé

---

## Servicio de idiomas

---

Las siguientes preguntas se refieren al servicio de idiomas que quizás recibió, a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME} a partir del 15 de noviembre de 2014, que fue el primer día que usted pudo elegir un plan de seguro de salud para tener cobertura durante el año 2015.

55. Un intérprete es una persona que le ayuda a hablar con otras personas que no hablan el idioma que usted prefiere. A partir del 15 de noviembre de 2014, ¿necesitó un intérprete para hablar con alguien sobre cómo obtener un seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (CuC/S,T/ HP5-AS-mNew\_Q#)

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 57

56. A partir del 15 de noviembre, cuando necesitó un intérprete que le ayudara a hablar con alguien sobre cómo obtener un seguro de salud a través {de/del} {INSERT MARKETPLACE NAME}, ¿con qué frecuencia le consiguieron uno? (CuC/S,T/ HP5-AS-mNew\_Q#)

- <sup>1</sup> ☐ Nunca  
<sup>2</sup> ☐ A veces  
<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces  
<sup>4</sup> ☐ Siempre

57. Los formularios se pueden llenar por escrito o en línea por internet. A partir del 15 de noviembre, ¿llenó algún formulario para {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}? (CUC/CI2)

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 61 en la página 24

58. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia los formularios que tuvo que llenar para {el} {INSERT MARKETPLACE NAME} estaban en el idioma que prefiere? (CuC/S,T/CG2-AS-mHL32)

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre

59. A partir del 15 de noviembre, ¿necesitó formularios en un formato diferente, como por ejemplo en letra grande o en braille? (CuC/OMB30 HP5-AM-m24)

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 61 en la página 24

60. A partir del 15 de noviembre, ¿con qué frecuencia fueron los formularios que tuvo que llenar disponibles en el formato que necesitaba, como por ejemplo en letra grande o en braille? (CuC/OMB30/CG2-AS-mHL32)

<sup>1</sup> ☐ Nunca

<sup>2</sup> ☐ A veces

<sup>3</sup> ☐ La mayoría de las veces

<sup>4</sup> ☐ Siempre



---

**Calificación general de su experiencia con {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}**

---

**61.** Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo la peor experiencia posible y el 10 la mejor experiencia posible, ¿qué número usaría para calificar sus experiencias con {el} {INSERT MARKETPLACE NAME}? **(GR/HP5-AM-m26)**

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

**62.** ¿Le recomendaría {el} {INSERT MARKETPLACE NAME} a sus amigos o familiares?  
**(GR/CI1/Hm22)**

- <sup>1</sup>☐ Sí, definitivamente
- <sup>2</sup>☐ Sí, algo
- <sup>3</sup>☐ No

---

## Acerca de usted

---

**63.** En general, ¿cómo calificaría toda su salud? (RC/HP5-AM-27)

- <sup>1</sup> ☐ Excelente
- <sup>2</sup> ☐ Muy buena
- <sup>3</sup> ☐ Buena
- <sup>4</sup> ☐ Regular
- <sup>5</sup> ☐ Mala

**64.** En general, ¿cómo calificaría toda su salud **mental o emocional**? (RC/HP5-AM-28)

- <sup>1</sup> ☐ Excelente
- <sup>2</sup> ☐ Muy buena
- <sup>3</sup> ☐ Buena
- <sup>4</sup> ☐ Regular
- <sup>5</sup> ☐ Mala

**65.** En los últimos 12 meses, recibió cuidado por 2 o más problemas de salud o condiciones? (RC/FT,C)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 67

**66.** ¿Han durado por lo menos 12 meses, 2 o más de estos problemas de salud o condiciones? (RC/FT,C,CI3)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No

**67.** ¿Está sordo o tiene alguna dificultad seria para oír? (RC/OMB60/ACS-P-17a, OMH-4302-5)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No

**68.** ¿Está ciego o tiene alguna dificultad seria para ver aunque use lentes? (RC/OMB60/ACS-P-17b, OMH-4302-5)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No

**69.** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones? **(RC/OMB60/ACS-P-18a, OMH-4302-5)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

**70.** ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? **(RC/OMB60/ACS-P-18b, OMH-4302-5)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

**71.** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para vestirse o bañarse? **(RC/OMB60/ACS-P-18c, OMH-4302-5)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

**72.** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer cosas por si solo, tales como visitar el consultorio médico o ir de compras? **(RC/OMB60/ACS-P-19, OMH-4302-5)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí  
<sup>2</sup> ☐ No

**73.** ¿Qué edad tiene? **(RC/HP5-AM-33)**

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

**74.** ¿Cuál es su género? **(RC/CI1/OMH-4302-3)**

- <sup>1</sup> ☐ Masculino  
<sup>2</sup> ☐ Femenino

**75. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado? (RC/HP5-AM-35)**

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

**76. ¿Cuál de éstas **mejor** describe su situación laboral? Marque sólo UNA (RC/OMB60/NHBS-DM6)**

- <sup>1</sup> ☐ Empleado de tiempo completo
- <sup>2</sup> ☐ Empleado de medio tiempo
- <sup>3</sup> ☐ Ama de casa
- <sup>4</sup> ☐ Estudiante de tiempo completo
- <sup>5</sup> ☐ Jubilado
- <sup>6</sup> ☐ No puede trabajar por razones de salud
- <sup>7</sup> ☐ Desempleado
- <sup>8</sup> ☐ Otro

**77. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana, latina o española? (RC/OMB60/M-ACO-77)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí, hispano, latino o español
- <sup>2</sup> ☐ No, hispano, latino o español → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 79 en la página 28**

**78. ¿Qué grupo lo describe mejor? (RC/OMB60/M-ACO-78)**

- <sup>1</sup> ☐ Mexicano, mexicano americano, chicano
- <sup>2</sup> ☐ Puertorriqueño
- <sup>3</sup> ☐ Cubano
- <sup>4</sup> ☐ De otro origen hispano, latino o español

**79. ¿A qué raza pertenece? Marque todas las que apliquen. (RC/CI1/OMH-4302-2)**

- <sup>1</sup> ☐ Blanca
- <sup>2</sup> ☐ Negra o afroamericana
- <sup>3</sup> ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
- <sup>4</sup> ☐ India asiática
- <sup>5</sup> ☐ China
- <sup>6</sup> ☐ Filipina
- <sup>7</sup> ☐ Japonesa
- <sup>8</sup> ☐ Coreana
- <sup>9</sup> ☐ Vietnamita
- <sup>10</sup> ☐ Otra asiática
- <sup>11</sup> ☐ Nativa de Hawái
- <sup>12</sup> ☐ Guameña o chamorro
- <sup>13</sup> ☐ Samoana
- <sup>14</sup> ☐ Nativa de otras islas del Pacífico

**80. ¿Qué idioma prefiere? (RC,CuC/T,C,OMB60/ CG2-AS-CU22)**

- <sup>1</sup> ☐ Inglés→ **Si contestó “inglés”, pase a la pregunta 82**
- <sup>2</sup> ☐ Español
- <sup>3</sup> ☐ Chino
- <sup>4</sup> ☐ Algún otro idioma

*Especifique:* \_\_\_\_\_

**81. ¿Qué tan bien habla el inglés? (RC, CuC/T,C,OMB60/OMH-4302-4)**

- <sup>1</sup> ☐ Muy bien
- <sup>2</sup> ☐ Bien
- <sup>3</sup> ☐ No tan bien
- <sup>4</sup> ☐ No hablo inglés

**82. ¿Tuvo seguro de salud en los Estados Unidos en cualquier momento entre el 1<sup>o</sup> de enero y el 31 de diciembre de 2014? (RC/T,C)**

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No

83. ¿Tiene confianza de que entiende los términos utilizados para referirse al seguro de salud?  
(RC/OMB30)

- <sup>1</sup> ☐ No tengo confianza
- <sup>2</sup> ☐ Tengo algo de confianza
- <sup>3</sup> ☐ Tengo confianza
- <sup>4</sup> ☐ Tengo mucha confianza

84. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta? (RC/HP5-AM-38)

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>2</sup> ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

85. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? **Marque todas las que apliquen.** (RC/HP5-AM-39)

- <sup>1</sup> ☐ Me leyó las preguntas
- <sup>2</sup> ☐ Anotó las respuestas que le di
- <sup>3</sup> ☐ Contestó las preguntas por mí
- <sup>4</sup> ☐ Tradujo las preguntas al idioma que yo prefiero
- <sup>5</sup> ☐ Me ayudó de otra forma

*Especifique:* \_\_\_\_\_

**Gracias.**

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