# Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en un Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP) - 2025

Español

Encuesta sobre la experiencia de la persona inscrita en un   
Plan de salud autorizado (Qualified Health Plan, QHP) - 2025

## Introducción

Le pedimos que complete esta encuesta acerca de su experiencia con [QHP ISSUER NAME]. Por favor, responda las preguntas de la encuesta de acuerdo con la experiencia que tuvo con el plan de salud de julio a diciembre de 2024.

**Su privacidad está protegida.** Todo aquello que usted tenga que decir es privado y se utilizará solamente para esta encuesta. Sus respuestas serán parte de un conjunto de información. No compartiremos su nombre ni sus respuestas con nadie, a excepción de que lo exija la ley.

**Su participación es voluntaria.** Usted no tiene que responder aquellas preguntas que no desee responder. Si decide no responder, los beneficios que usted recibe no se verán afectados.

**Qué debe hacer cuando haya finalizado.** Una vez que haya finalizado la encuesta, colóquela en el sobre proporcionado, séllelo y envíelo de vuelta a [VENDOR ADDRESS].

**Qué debe hacer si tiene preguntas.** [QHP ISSUER NAME] ha contratado a [VENDOR NAME] para que realice esta encuesta. Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, llame a [VENDOR NAME] al número sin costo (XXX) [XXX-XXXX], de [XX:XX] a.m. a [XX:XX] p.m. [VENDOR LOCAL TIME], de lunes a viernes (excepto los días festivos federales), o envíe un correo electrónico a [VENDOR EMAIL].

## Instrucciones para la encuesta

Responda cada pregunta marcando el casillero de la izquierda de la respuesta elegida.

Se le pedirá en algunos casos que saltee ciertas preguntas de esta encuesta. Cuando esto suceda, verá una flecha con una nota que le indica cuál es la siguiente pregunta que debe responder, por ejemplo:

Checkbox Sí

Marked Checkbox No then, **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 1**

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto es el   
0938-1221. Este número de control es válido hasta el 30 de septiembre de 2026. El tiempo requerido para completar esta recolección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluso el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de las estimaciones del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. Nuestros registros muestran que ahora está en el plan de salud mencionado en la página delantera. ¿Es correcto?

1 Checkbox Sí then,  **Si respondió “Sí”, continúe con la pregunta n.º 3**

2 Checkbox No

1. ¿Cuál es el nombre de su plan de salud?

*Escriba en letra de imprenta:*

### Su plan de salud

La siguiente serie de preguntas trata acerca de su experiencia con su plan de salud. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le brindaron la internet o documentos escritos la información que usted necesitaba sobre el funcionamiento de su plan de salud?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de mi plan de salud

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto tendría que pagar por un equipo o servicio de atención de salud antes de obtenerlo?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por servicios o equipos

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo averiguar con su plan de salud acerca de cuánto dinero tendría que pagar por medicamentos recetados específicos?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no busqué ninguna información acerca de cuánto tendría que pagar por medicamentos recetados

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el servicio al cliente de su plan de salud le dio la información o la ayuda que usted necesitaba?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no me comuniqué con el servicio al cliente de mi plan de salud para obtener información o ayuda then, **Si no es aplicable, continúe con la pregunta n.º 9**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el personal del servicio al cliente de su plan de salud le trató con cortesía y respeto?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el tiempo que debió esperar para hablar con el personal del servicio al cliente de su plan de salud fue más prolongado que lo que esperaba?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fueron fáciles para completar los formularios del plan de salud?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: el plan de salud no me dio formularios a completar then, **Si no es aplicable, continúe con la pregunta n.º 13**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le explicó el plan de salud el propósito de un formulario antes de que usted lo completara?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estaban disponibles en su idioma de preferencia los formularios que usted tenía que completar?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia estuvieron disponibles en el formato que usted necesitaba, por ejemplo en letra grande o braille, los formularios que usted tenía que completar?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no necesité formularios en un formato diferente

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su plan de salud **no** pagó la atención que su médico dijo que usted necesitaba?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuvo usted que pagar de su propio bolsillo la atención que creía que pagaría su plan de salud?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó una visita al médico o **no** la realizó porque estaba preocupado/a por el costo? ***No*** *incluya la atención dental.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia retrasó el surtido de una receta o **no** la surtió porque estaba preocupado/a por el costo?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. ¿Cuán seguro/a se siente de que comprende los términos del seguro de salud?

1 Checkbox Para nada seguro/a

2 Checkbox Un poco seguro/a

3 Checkbox Moderadamente seguro/a

4 Checkbox Muy seguro/a

1. ¿Cuán seguro/a se siente con respecto a que sabe la mayor parte de lo que necesita sobre cómo usar su seguro de salud?

1 Checkbox Para nada seguro/a

2 Checkbox Un poco seguro/a

3 Checkbox Moderadamente seguro/a

4 Checkbox Muy seguro/a

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor plan de salud posible y el 10 el mejor plan de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar su plan de salud en los últimos 6 meses?

Checkbox 0 El peor plan de salud posible

Checkbox 1

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5

Checkbox 6

Checkbox 7

Checkbox 8

Checkbox 9

Checkbox 10 El mejor plan de salud posible

### Su atención de salud en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca de su propia atención de salud. Esto incluye la atención que recibió en una clínica, sala de emergencias, consultorio médico, por citas telefónicas o por video. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche en un hospital. **No** incluya las visitas para recibir atención dental. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

1. En los últimos 6 meses, ¿su médico personal le ofreció citas telefónicas o por video para que no tuviera que visitar físicamente su consultorio o centro?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

3 Checkbox No sé

99 Checkbox No es aplicable: no tengo un médico personal

1. En los últimos 6 meses, cuando **necesitó atención médica inmediata** en una sala de emergencias, un consultorio médico o una clínica, ¿con qué frecuencia recibió la atención tan pronto como la necesitaba? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no necesité atención médica inmediata

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para **un chequeo o atención de rutina** en una clínica o consultorio médico tan pronto como la necesitaba? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no programé ninguna cita

1. En los últimos 6 meses, **sin** contar las ocasiones en las que fue a una sala de emergencias, ¿cuántas veces fue a una clínica o consultorio médico para recibir atención de salud para sí mismo/a? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

Checkbox Ninguna then, **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 27**

Checkbox 1 vez

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5 a 9 veces

Checkbox 10 veces o más

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil recibir la atención médica, los exámenes o el tratamiento que usted necesitaba? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. Un intérprete es una persona que le ayuda a usted a comunicarse con otros que no hablan su mismo idioma. En los últimos 6 meses, cuando necesitó un intérprete en la clínica o consultorio de su médico, ¿con qué frecuencia recibió los servicios de un intérprete? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no necesité un intérprete

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es la peor atención de salud posible y el 10 la mejor atención de salud posible, ¿qué número usaría usted para calificar toda su atención de salud en los últimos 6 meses? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

Checkbox 0 La peor atención de salud posible

Checkbox 1

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5

Checkbox 6

Checkbox 7

Checkbox 8

Checkbox 9

Checkbox 10 La mejor atención de salud posible

### Su médico personal

Estas preguntas son acerca de su médico personal. El médico personal es aquel al que usted visitaría o el que con hablaría si necesita un chequeo, un consejo acerca de un problema de salud o si está enfermo o lastimado. Por favor, responda las preguntas de acuerdo con su experiencia con el plan de salud que tuvo de julio a diciembre de 2024.

1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces visitó a su médico personal para recibir atención para sí mismo/a? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

Checkbox Ninguna then, **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 40**

Checkbox 1 vez

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5 a 9 veces

Checkbox10 veces o más

Checkbox No es aplicable: no tengo un médico personal then, **Si no es aplicable, continúe con la pregunta n.º 40**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le explicó las cosas de un modo fácil de comprender?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le escuchó a usted con atención?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal le demostró respeto por lo que usted tenía para decir?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal estuvo con usted el tiempo suficiente?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, cuando usted visitó a su médico personal para una visita programada, ¿con qué frecuencia tuvo su médico la historia clínica de usted u otra información relacionada con su salud? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia un miembro del personal del consultorio de su médico hizo un seguimiento para darle a usted los resultados?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no se me realizó un análisis de sangre, una radiografía ni otro tipo de examen then, **Si no es aplicable, continúe con la pregunta n.º 35**

1. En los últimos 6 meses, cuando su médico personal le ordenó un análisis de sangre, una radiografía u otro tipo de examen, ¿con qué frecuencia recibió usted los resultados tan pronto como los necesitaba?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia hablaron usted y su médico personal acerca de todos los medicamentos recetados que usted estaba tomando?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no tomé ningún medicamento recetado

1. En los últimos 6 meses, ¿recibió usted atención de más de una clase de proveedor de atención de salud o usó más de una clase de servicio de atención de salud? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No then, **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 39**

1. En los últimos 6 meses, ¿necesitó usted ayuda de un miembro del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No then, **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 39**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **recibió la ayuda que necesitaba** de parte del consultorio de su médico personal para coordinar su atención entre los distintos proveedores y servicios?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor médico personal posible y el 10 el mejor médico personal posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su médico personal?

Checkbox 0 El peor médico personal posible

Checkbox 1

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5

Checkbox 6

Checkbox 7

Checkbox 8

Checkbox 9

Checkbox 10 El mejor médico personal posible

### La atención de salud recibida de los especialistas

Los especialistas son médicos tales como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros médicos que se especializan en un área de la atención de salud.

Cuando conteste las preguntas siguientes, incluya la atención que recibió en una clínica, sala de emergencias, consultorio médico, por citas telefónicas o por video. **No** incluya las visitas dentales o la atención que recibió cuando se quedó a pasar la noche en un hospital.

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita para ver a un especialista tan pronto como lo necesitaba? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no necesité la atención de un especialista then, **Si no es aplicable, continúe con la pregunta n.º 44**

1. ¿Cuántos especialistas ha visitado en los últimos 6 meses? *Incluya citas en persona, telefónicas o por video.*

Checkbox Ninguna then, **Si respondió “Ninguna”, continúe con la pregunta n.º 44**

Checkbox 1 especialista

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5 o más especialistas

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico personal parecía informado y actualizado con respecto a la atención de salud que usted recibió de los especialistas?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

99 Checkbox No es aplicable: no tengo un médico personal

1. Deseamos saber cómo califica usted al especialista que visitó con más frecuencia durante los últimos 6 meses. Usando una escala del 0 al 10, en la que el 0 es el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría usted para calificar a su especialista?

Checkbox 0 El peor especialista posible

Checkbox 1

Checkbox 2

Checkbox 3

Checkbox 4

Checkbox 5

Checkbox 6

Checkbox 7

Checkbox 8

Checkbox 9

checkbox 10 El mejor especialista posible

### Acerca de usted

1. En general, ¿cómo calificaría su salud?

1 Checkbox Excelente

2 Checkbox Muy buena

3 Checkbox Buena

4 Checkbox Regular

5 Checkbox Mala

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

1 Checkbox Excelente

2 Checkbox Muy buena

3 Checkbox Buena

4 Checkbox Regular

5 Checkbox Mala

1. ¿Actualmente, fuma usted cigarrillos o usa tabaco todos los días, algunos días o nunca?

1 Checkbox Todos los días

2 Checkbox Algunos días

3 Checkbox Nunca then, **Si respondió “Nunca”, continúe con la pregunta n.º 50**

4 Checkbox No sé then, **Si respondió “No sé”, continúe con la pregunta n.º 50**

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico u otro profesional de la salud de su plan le dijo que dejara de fumar o de usar tabaco?

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia un médico o profesional de la salud le recomendó medicamentos o habló sobre ellos con el fin de ayudarle a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de estos medicamentos son: medicamentos recetados o goma de mascar, parches, aerosoles nasales e inhaladores de nicotina.

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia su médico o profesional de la salud le proporcionó o habló sobre métodos y estrategias que no sean medicamentos para que le ayuden a dejar de fumar o de usar tabaco? Los ejemplos de métodos y estrategias son: línea de ayuda telefónica, asesoramiento individual o grupal, o un programa para dejar de fumar.

1 Checkbox Nunca

2 Checkbox A veces

3 Checkbox Usualmente

4 Checkbox Siempre

1. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención de salud 3 veces o más para la misma afección o problema?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No then, **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 52**

1. ¿Esta afección o problema ha durado al menos 3 meses? ***No*** *incluya el embarazo o la menopausia.*

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Necesita usted ahora o está tomando un medicamento recetado por un médico? ***No*** *incluya las píldoras anticonceptivas.*

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No then, **Si respondió “No”, continúe con la pregunta n.º 54**

1. ¿Tiene este medicamento la finalidad de tratar una afección que ha durado por al menos 3 meses? ***No*** *incluya el embarazo o la menopausia.*

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted sordera o alguna dificultad grave para oír?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted ceguera o alguna dificultad grave para ver, incluso cuando usa anteojos?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones debido a una afección física, mental o emocional?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted dificultades graves para caminar o subir escaleras?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o bañarse debido a una afección física, mental o emocional?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Tiene usted dificultades para realizar actividades solo/a tales como ir al consultorio del médico o de compras debido a una afección física, mental o emocional?

1 Checkbox Sí

2 Checkbox No

1. ¿Cuál es su edad?

1 Checkbox 18 a 24

2 Checkbox 25 a 34

3 Checkbox 35 a 44

4 Checkbox 45 a 54

5 Checkbox 55 a 64

6 Checkbox 65 a 74

7 Checkbox 75 o más

1. ¿Cuál es su sexo?

1 Checkbox Masculino

2 Checkbox Femenino

1. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que ha completado?

1 Checkbox 8.º grado o menos

2 Checkbox Escuela secundaria incompleta, no se graduó

3 Checkbox Graduado/a de escuela secundaria o del examen general de equivalencia de los estudios secundarios (General Educational Development Test, GED)

4 Checkbox Estudios universitarios incompletos o título de una carrera de 2 años

5 Checkbox Graduado/a universitario/a de una carrera de 4 años

6 Checkbox Graduado/a universitario/a de una carrera de más de 4 años

1. ¿Cuál de las opciones siguientes describe **mejor** su condición de empleo? *Marque UNA solamente.*

1 Checkbox Empleado/a de tiempo completo

2 Checkbox Empleado/a de medio tiempo

3 Checkbox Ama de casa

4 Checkbox Estudiante de tiempo completo

5 Checkbox Jubilado/a

6 Checkbox No puede trabajar por razones de salud

7 Checkbox Desempleado/a

8 Checkbox Otro

1. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a o español(a)?

1 Checkbox No, no soy de origen hispano/a, latino/a o español(a)

2 Checkbox Sí, Mexicano/a, americano/a-mexicano/a, chicano/a

3 Checkbox Sí, Puertorriqueño/a

4 Checkbox Sí, Cubano/a

5 Checkbox Sí, Otro origen hispano/a, latino/a o español(a)

1. ¿Cuál es su raza? *Marque una o más opciones.*

1 Checkbox Indígena americana o nativa de Alaska

2 Checkbox India asiática

3 Checkbox China

4 Checkbox Filipina

5 Checkbox Japonesa

6 CheckboxCoreana

7 Checkbox Vietnamita

8 Checkbox Otra asiática

9 CheckboxNegra o afroamericana

10 Checkbox Nativa de Hawái

11 Checkbox Guameña o chamorro

12 Checkbox Samoana

13 Checkbox Nativa de otras islas del Pacifico

14 Checkbox Blanca

1. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

1Checkbox Sí

2 Checkbox No then,  **Muchas gracias. Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre con el franqueo postal pago.**

1. ¿Cómo le ayudó esa persona? *Marque una o más opciones.*

1 Checkbox Me leyó las preguntas

2 Checkbox Escribió las respuestas que di

3 Checkbox Respondió las preguntas por mí

4 Checkbox Tradujo las preguntas a mi idioma

5 Checkbox Me ayudó de algún otro modo

**Muchas gracias.   
Por favor, envíe la encuesta completada en el sobre con el franqueo postal pago.**

**Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS**

CMS brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos que incluyen información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. **Llamar:**

* Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

* Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

1. **Enviar un correo electrónico a:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)
2. **Enviar un fax a:** 1-844-530-3676
3. **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la sabe) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

**Aviso sobre la discriminación**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por motivos de raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina de Medicaid estatal o local, o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

1. **En línea:**

[hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](file://co-adshare/share/share/OA/OHI/OHI%20MOG/504/Nondiscrimination%20and%20Aux%20Aid%20Notices/hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).

1. **Por teléfono:**

Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY puede llamar al 1-800-537-7697.

1. **Por escrito:**

Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201