

# **Medicare Health Outcomes Survey (HOS) Questionnaire (Spanish)**

**2025**

## ***Instrucciones para la Encuesta de Medicare Sobre la Salud***

Esta encuesta le pregunta sobre usted y su salud. Por favor, responda a cada pregunta pensando en usted mismo. Por favor tome su tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si no le es posible completar esta encuesta, un familiar o un “representante” pueden llenar la información sobre usted.

Por favor devuelva la encuesta con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.

- Responda a las preguntas poniendo una ‘X’ en la casilla de la respuesta apropiada, como el ejemplo a continuación.

¿Es usted hombre o mujer?

1  Hombre

2  Mujer

- Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de marcar una casilla con una ‘X’.
- Algunas veces se le indica que se salte algunas preguntas de esta encuesta. Cuando suceda esto, verá una nota que le indica a qué pregunta responder a continuación, como la siguiente:

1  Sí → ***Pase a la pregunta 32***

2  No → ***Pase a la pregunta 33***

**Si está completando esta encuesta en nombre de otra persona, responda cada pregunta de la manera en que cree que la persona a la que está ayudando respondería sobre sí misma.**

Toda información que pudiera identificar a cualquier persona que complete esta encuesta es protegida por la Ley de Privacidad y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”, por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará sólo para propósitos permitidos por la ley y no se revelará ni se proporcionará por cualquier otra razón. Si usted tiene alguna pregunta o desea saber más sobre el estudio, por favor llame a [survey vendor name] al [phone number].

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act en inglés) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de datos que no exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control para esta encuesta es **0938-0701**. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta encuesta es un promedio de **20 minutos**, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar los datos necesarios, y completar y revisar el formulario. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### **OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

## Encuesta de Medicare Sobre la Salud

1. En general, ¿diría que su salud es?

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, o jugar al boliche o al golf

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita en absoluto

b. Subir **varios** pisos por la escalera

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita en absoluto

3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**?

a. ¿Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado **a causa de su salud física**?

- 1  No, nunca
- 2  Sí, muy pocas veces
- 3  Sí, algunas veces
- 4  Sí, casi siempre
- 5  Sí, siempre

b. ¿Ha tenido limitaciones en cuanto al **tipo** de trabajo u otras actividades **a causa de su salud física**?

- 1  No, nunca
- 2  Sí, muy pocas veces
- 3  Sí, algunas veces
- 4  Sí, casi siempre
- 5  Sí, siempre

4. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)?

a. **Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado **a causa de algún problema emocional**

- 1  No, nunca
- 2  Sí, muy pocas veces
- 3  Sí, algunas veces
- 4  Sí, casi siempre
- 5  Sí, siempre

b. Ha hecho el trabajo u otras actividades **con menos cuidado** que lo usual **a causa de algún problema emocional**

- 1  No, nunca
- 2  Sí, muy pocas veces
- 3  Sí, algunas veces
- 4  Sí, casi siempre
- 5  Sí, siempre

OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

5. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto interfirió el **dolor** con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa y los quehaceres domésticos)?

- 1  Nada en absoluto
- 2  Ligeramente
- 3  Medianamente
- 4  Bastante
- 5  Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las **últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

6. ¿Cuánto tiempo durante las **últimas 4 semanas...**

a. se ha sentido calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Casi nunca
- 6  Nunca

b. ha tenido mucha energía?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Casi nunca
- 6  Nunca

c. se ha sentido desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Casi nunca
- 6  Nunca

7. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca
- 5  Nunca

Ahora quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre cómo puede haber cambiado su salud.

8. **Comparando** su **salud física** con la de **hace un año**, ¿cómo la calificaría en general **ahora**?

- 1  Mucho mejor
- 2  Algo mejor
- 3  Más o menos igual
- 4  Algo peor
- 5  Mucho peor

OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

9. **Comparando sus problemas emocionales** (por ejemplo, tener ansiedad, estar deprimido o irritable) con los de **hace un año**, ¿cómo los calificaría en general **ahora**?

- 1  Mucho mejor  
2  Algo mejor  
3  Más o menos igual  
4  Algo peor  
5  Mucho peor

Anteriormente en la encuesta se le pidió que indicara si tenía alguna limitación en sus actividades. A continuación, le haremos unas cuantas preguntas más en esta área.

10. A causa de un problema físico o de salud, ¿tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades **sin equipo especial o ayuda de otra persona**?

a. Bañarse

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

b. Vestirse

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

c. Comer

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

d. Sentarse o levantarse de la silla

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

e. Caminar

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

f. Usar el inodoro

- 1  No, no tengo dificultad  
2  Sí, tengo dificultad  
3  No puedo hacer esta actividad

Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre problemas médicos específicos.

11. ¿Es usted ciego(a) o tiene mucha dificultad para ver, aunque use lentes/anteojos?

- 1  Sí  
2  No

12. ¿Es usted sordo(a) o tiene mucha dificultad para oír, aunque use audífonos?

- 1  Sí  
2  No

13. **Debido a un problema físico, mental o emocional**, ¿tiene usted **mucha** dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- 1  Sí  
2  No

14. **Debido a un problema físico, mental o emocional**, ¿tiene usted dificultad para realizar quehaceres fuera del hogar por sí mismo(a) como ir al consultorio del doctor o ir de compras?

- 1  Sí  
2  No

OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

15. Durante el **mes pasado**, ¿con qué frecuencia los problemas de la memoria interfirieron con sus actividades diarias?

- 1  Todos los días (7 días a la semana)  
2  Muchos días (5 a 6 días a la semana)  
3  Algunos días (2 a 4 días a la semana)  
4  Rara vez (Una vez a la semana o menos)  
5  Nunca

¿**Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...?**

16. Hipertensión o presión alta de la sangre

- 1  Sí  
2  No

17. Angina de pecho o enfermedad de las arterias coronarias

- 1  Sí  
2  No

18. Insuficiencia cardíaca

- 1  Sí  
2  No

19. Un infarto de miocardio o ataque al corazón

- 1  Sí  
2  No

20. Otros problemas del corazón, tales como problemas con las válvulas del corazón o con el ritmo del latido de su corazón

- 1  Sí  
2  No

21. Un ataque de apoplejía (derrame cerebral, embolia cerebral)

- 1  Sí  
2  No

¿**Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de...?**

22. Enfisema o asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- 1  Sí  
2  No

23. Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o enfermedad inflamatoria intestinal

- 1  Sí  
2  No

24. Osteoporosis, conocida a veces como huesos frágiles o quebradizos

- 1  Sí  
2  No

25. Diabetes o exceso de azúcar en la sangre o en la orina

- 1  Sí  
2  No

26. Depresión

- 1  Sí  
2  No

27. Cualquier tipo de cáncer (aparte del cáncer de piel)

- 1  Sí → **Pase a la pregunta 28**  
2  No → **Pase a la pregunta 29**

**OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

28. **Actualmente**, ¿está recibiendo tratamiento para:

a. cáncer del colon o del recto?

1  Sí

2  No

b. cáncer de los pulmones?

1  Sí

2  No

c. cáncer de mama o seno?

1  Sí

2  No

d. cáncer de la próstata?

1  Sí

2  No

e. otro cáncer (otro que no sea cáncer de la piel)?

1  Sí

2  No

29. En los **últimos 7 días**, ¿cuánto interfirió el dolor en sus actividades diarias?

1  Nada en absoluto

2  Un poco

3  Algo

4  Bastante

5  Totalmente

30. En los **últimos 7 días**, ¿con qué frecuencia el dolor le impidió que participara en actividades sociales con otras personas?

1  Nunca

2  Rara vez

3  A veces

4  Con frecuencia

5  Siempre

31. Durante las **últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

a. Tener poco interés o agrado en hacer las cosas

1  Nada en absoluto

2  Varios días

3  Más de la mitad de los días

4  Casi todos los días

b. Sentirse muy decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

1  Nada en absoluto

2  Varios días

3  Más de la mitad de los días

4  Casi todos los días

32. En general, comparado con otras personas de su edad, ¿diría que su salud es:

1  Excelente?

2  Muy buena?

3  Buena?

4  Regular?

5  Mala?

OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

33. Muchas personas se orinan en forma involuntaria, lo que también se conoce como incontinencia urinaria. En los **últimos seis meses**, ¿se ha orinado en forma involuntaria?

1  Sí → **Pase a la pregunta 34**

2  No → **Pase a la pregunta 37**

34. Durante los **últimos seis meses**, ¿cuánto han cambiado sus actividades diarias debido a orinar en forma involuntaria o cuánto ha interferido en su forma de dormir?

1  Mucho

2  Algo

3  Nada

35. ¿**Alguna vez** ha hablado con un doctor, enfermera u otro personal médico sobre orinar en forma involuntaria?

1  Sí

2  No

36. Hay muchas maneras de controlar o tratar la pérdida de orina en forma involuntaria, incluyendo ejercicios de la vejiga, tratamiento con medicamentos y operación. ¿**Alguna vez** ha hablado con un doctor, enfermera u otro personal médico sobre alguna de estas opciones?

1  Sí

2  No

37. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado usted con un doctor u otro personal médico sobre el nivel de ejercicios o actividad física que usted hace? Por ejemplo, un doctor u otro personal médico puede preguntarle si usted hace ejercicios o participa en ejercicios físicos.

1  Sí → **Pase a la pregunta 38**

2  No → **Pase a la pregunta 38**

3  No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

→ **Pase a la pregunta 39**

38. En los **últimos 12 meses**, ¿un doctor u otro personal médico le ha aconsejado que empiece, aumente o mantenga su nivel de ejercicios o actividad física? Por ejemplo, con el fin de mejorar su salud, su médico u otro personal médico puede aconsejarle que empiece a subir o bajar las escaleras, que aumente el tiempo que camina de 10 a 20 minutos al día o que mantenga su programa actual de ejercicios.

1  Sí

2  No

39. Una caída es cuando su cuerpo va a dar al suelo sin que lo empujen. En los **últimos 12 meses**, ¿ha hablado con un doctor u otro personal médico sobre caerse o sobre problemas de equilibrio o problemas para caminar?

1  Sí

2  No

3  No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

40. ¿Se ha caído durante los **últimos 12 meses**?

- 1  Sí  
2  No

41. En los **últimos 12 meses**, ¿ha tenido problemas de equilibrio o problemas para caminar?

- 1  Sí  
2  No

42. ¿Su doctor u otro personal médico le ha realizado algo para ayudarlo/a a prevenir caídas o tratar sus problemas de balance o de caminar? Algunas cosas pueden incluir:

- Sugerir que use un bastón o un andador.
- Sugerir que participe en un programa de ejercicios o de terapia física.
- Sugerir que se haga un examen de la vista o del oído.

- 1  Sí  
2  No  
3  No he acudido al médico durante los últimos 12 meses

43. Durante el **mes pasado**, en promedio, ¿cuántas horas durmió realmente durante la noche? (Esto puede ser diferente del número de horas que estuvo en la cama.)

- 1  Menos de 5 horas  
2  De 5 a 6 horas  
3  De 7 a 8 horas  
4  9 o más horas

44. Durante el **mes pasado**, ¿cómo calificaría la calidad de cómo durmió, en general?

- 1  Muy bien  
2  Más o menos bien  
3  Más o menos mal  
4  Muy mal

45. ¿Cuánto pesa usted en libras?

**libras**

46. ¿Cuánto mide sin zapatos, en pies y en pulgadas? Ingrese la información en pies y en pulgadas, por ejemplo: 5 pies 00 pulgadas o 5 pies 04 pulgadas (si es 1/2 pulgada, redondee.)

**pies**  **pulgadas**

47. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 1  No soy de origen hispano, latino o español  
2  Sí, mexicano, mexicano americano, chicano  
3  Sí, puertorriqueño  
4  Sí, cubano  
5  Sí, otro grupo de origen hispano, latino o español

**OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

48. ¿Cuál es su raza? (Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 01  Blanca
- 02  Negra o africana americana
- 03  India americana o nativa de Alaska
- 04  India asiática
- 05  China
- 06  Filipina
- 07  Japonesa
- 08  Coreana
- 09  Vietnamita
- 10  Otro grupo asiático
- 11  Nativa de Hawái
- 12  Guameña o chamorro
- 13  Samoana
- 14  Otra isla del Pacífico

49. ¿Qué idioma habla **principalmente** en su hogar?

- 1  Inglés
  - 2  Español
  - 3  Chino
  - 4  Ruso
  - 7  Algún otro idioma (favor de especificar)
- 

50. ¿Cuál es su estado civil actual?

- 1  Casado
- 2  Divorciado
- 3  Separado
- 4  Viudo
- 5  Nunca se ha casado

51. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha terminado?

- 1  8 grado o menos
- 2  Del 9 al 12 grado (secundaria superior, preparatoria, bachillerato) pero sin graduarse
- 3  Graduado de la escuela secundaria o superior, preparatoria o bachillerato, o diploma de equivalencia
- 4  Algo de universidad o graduado de carrera de 2 años
- 5  Graduado de 4 años de universidad
- 6  Estudios de postgrado

52. ¿Vive usted solo(a) o con otras personas? (Se pueden seleccionar una o más categorías)

- 1  Solo(a)
- 2  Con su esposo(a) o pareja
- 3  Con sus hijos o con otros familiares
- 4  Con personas que no son de su familia
- 5  Con un cuidador al que se le paga

53. ¿Dónde vive usted?

- 1  En una casa, apartamento, condominio o casa móvil  
**→ Pase a la pregunta 54**
- 2  En una vivienda asistida o una vivienda que incluye casa, comida y cuidados  
**→ Pase a la pregunta 54**
- 3  En un asilo o residencia de ancianos  
**→ Pase a la pregunta 55**
- 4  Otro **→ Pase a la pregunta 55**

**OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.

54. ¿Es la casa o apartamento en que vive usted actualmente:

- 1  Su propiedad o está en proceso de ser comprada por usted
- 2  La propiedad de algún familiar o está en proceso de ser comprada por un familiar
- 3  Alquilada a cambio de dinero
- 4  No es su propiedad y vive allí sin pagar renta
- 5  Ninguna de las anteriores

55. ¿Quién llenó este cuestionario?

- 1  La persona a la que se dirigió la encuesta → **PARE AQUÍ**
- 2  Un familiar o pariente de la persona a quien se dirigió la encuesta  
→ **Pase a la pregunta 56**
- 3  Un amigo de la persona a quien se dirigió la encuesta  
→ **Pase a la pregunta 56**
- 4  Un profesional de cuidado de salud de la persona a quien se dirigió la encuesta → **Pase a la pregunta 56**

56. ¿Alguien lo ayudó a completar esta encuesta?  
Si es así, escriba el nombre de esa persona.

**NO** escriba el nombre de la persona a quien se le hizo esta encuesta.

Por favor, escriba **claramente con letra imprenta.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**USTED HA COMPLETADO LA ENCUESTA.  
GRACIAS.**

Utilice el sobre prepagado que se encuentra adjunto para enviar su encuesta completada a:

**Centers for Medicare & Medicaid Services**  
c/o Survey Processing  
[Insert Survey Vendor  
Return Address Here]

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, comuníquese con la organización de encuestas que trabaja con Medicare al [survey vendor phone number] o [survey vendor email].

**OMB 0938-0701 (Expira: 31/05/2025)**

Si esta fecha ha pasado, el número de control no ha expirado. La emisión de la fecha de vencimiento revisada está actualmente pendiente en OMB. Revisaremos la fecha actual una vez que esté disponible.