

**Medicare Health Outcomes Survey—
Modified (HOS-M)
Questionnaire (Spanish)**

2026

Instrucciones para la Encuesta Modificada de Medicare Sobre la Salud

Esta encuesta contiene preguntas sobre su salud, sentimientos, y capacidad de realizar actividades diarias. Por favor tome su tiempo para llenar esta encuesta. Sus respuestas son muy importantes para nosotros. Si necesita ayuda para llenar esta encuesta, un familiar o amigo puede llenar la encuesta sobre la salud de usted. Si **NO** hay ningún familiar o amigo disponible, por favor solicite ayuda a su enfermera u otro profesional de atención de salud.

- Responda las preguntas marcando con una "X" la casilla que está al lado de la respuesta apropiada, tal como se muestra en el siguiente ejemplo.

¿Es usted hombre o mujer?

1 Hombre

2 Mujer

- Por cada pregunta, asegúrese de leer todas las respuestas posibles antes de marcar una casilla con una "X."
- Es posible que algunas de las preguntas le parezcan personales. Es importante que usted conteste TODAS las preguntas en la encuesta. No obstante, si no desea responder a una pregunta, no tiene que hacerlo. Si no está seguro de la respuesta a una pregunta o no está seguro de si la pregunta se aplica a usted, simplemente elija la MEJOR respuesta disponible.
- **Por favor llene el cuestionario por completo antes de transcurridas dos semanas y devuelva el cuestionario con sus respuestas en el sobre que adjuntamos que no necesita estampilla de correo.**

SI USTED ESTÁ LLENANDO ESTE CUESTIONARIO POR OTRA PERSONA

Por favor dé respuestas que usted considere que describen mejor la salud, sentimientos y capacidad de realizar actividades diarias de esa persona. Responda a cada pregunta como usted cree que respondería la persona a quien está ayudando.

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: 30/06/2027)

Encuesta de Medicare Sobre la Salud—Modificada

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

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para levantar o cargar objetos con un peso de hasta 10 libras, tales como un saco de papas o patatas?

Ninguna dificultad	Poca dificultad	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3. ¿Cuánta dificultad tiene, si es que alguna, para caminar un cuarto de milla; es decir, aproximadamente 2 o 3 cuadras?

Ninguna dificultad	Poca dificultad	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

4. 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**?

	No, no tengo dificultad	Sí, tengo dificultad	No puedo hacer esta actividad
a. Bañarse o ducharse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Vestirse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. Comer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. Sentarse o levantarse de una silla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. Caminar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. Usar el inodoro (el baño)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

5. ¿Recibe **ayuda de otra persona** para alguna de estas actividades?

	Sí, recibo ayuda	No, no recibo ayuda	No realizo esta actividad
a. Bañarse o ducharse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Vestirse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. Comer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. Sentarse o levantarse de una silla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. Caminar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. Usar el inodoro (el baño).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

6. 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?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. Actividades moderadas , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling o al golf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Subir varios pisos por la escalera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

7. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**? (Si no puede trabajar ni realizar actividades diarias regulares por favor responda que "Sí, siempre" a ambas preguntas.)

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)? (Si no puede trabajar ni realizar actividades diarias regulares por favor responda que “Sí, siempre” a ambas preguntas.)

	No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
a. Ha realizado menos de lo que le hubiera gustado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado que lo usual.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

Nada en absoluto	Ligeramente	Medianamente	Bastante	Extremadamente
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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.

10. ¿Cuanto tiempo durante las **últimas 4 semanas**:

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido tranquilo y sosegado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. ha tenido mucha energía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. se ha sentido desanimado y triste?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

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

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14. ¿Tiene episodios de pérdida de la memoria que interfieren con sus actividades diarias?

1 Sí
2 No

15. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para controlar la orina (accidentes de la vejiga)?

Nunca	Menos de una vez por semana	Una o más veces por semana	Diariamente	Catéter
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. ¿Quién llenó este cuestionario?

1 Participante de Medicare → **PARE AQUÍ**
2 Familiar, pariente, o amigo del participante de Medicare → **Pase a la pregunta 17**
3 Enfermera u otro profesional de la salud → **Pase a la pregunta 17**

17. ¿Por qué razón llenó usted esta encuesta por otra persona? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.)

1 Problemas físicos
2 Pérdida de memoria o problemas mentales
3 No puede hablar ni leer español
4 Persona no disponible
5 Otra

18. ¿Cómo ayudó usted a llenar esta encuesta? (Por favor marque **TODAS** las respuestas pertinentes.)

- 1 Le leí las preguntas a la persona
- 2 Escribí las respuestas de la persona
- 3 Respondí a las preguntas con base en mi experiencia con la persona
- 4 Usé el historial clínico para llenar la encuesta
- 5 Traduje las preguntas de la encuesta
- 6 Otra

EXCLUSIVAMENTE PARA PERSONAL PROFESIONAL (PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD)

19. ¿Cuál de los siguientes **describe mejor** su posición? (Por favor elija **una** respuesta.)

- 1 Asistente de salud en el hogar, ayudante de cuidado personal, o asistente de enfermero certificado
- 2 Enfermero (RN, LPN, o NP)
- 3 Trabajador social o administrador de casos
- 4 Personal de hogar adoptivo para adultos/centro de cuidado diurno/residencia con asistencia mínima/centro de cuidado para pacientes que residen en la institución
- 5 Intérprete
- 6 Otro

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].