



**Instrucciones:** Gracias por participar en esta encuesta. Sus opiniones son muy importantes y nos ayudarán a mejorar la manera en que brindamos atención médica en Rhode Island. **Sus respuestas serán confidenciales y sus beneficios no se verán afectados de manera alguna por sus respuestas. Responder esta encuesta le tomará unos 4 o 5 minutos.**

**Puede enviar la encuesta llenada escaneando el código QR con su dispositivo móvil, o enviarla por correo electrónico o correo postal a la dirección correspondiente en la página 4.**

**1. ¿Tiene usted Atención Administrada de Medicaid y recibe los beneficios a través de Neighborhood Health Plan of Rhode Island – TRUST/ACCESS, United Healthcare Community Plan o Tufts Health Public Plan RITogether?**

- Sí     No     No está seguro o no sabe

**Por favor, hablemos sobre usted.**

**2. ¿Qué edad tiene?**

- Menos de 18     18-24     25-34     35-44     45-54     55-64     Más de 65

**3. ¿Cuál es su género?**

- Femenino     Masculino     No binario     Transgénero     Intersexual     Prefiere no responder  
 Prefiere describirse como no binario, género fluido, agénero u otro (por favor especifique)

**4. ¿Qué raza o grupo étnico le describe mejor? (Por favor elija solo una respuesta)**

- Nativo americano o alaskaño     Asiático     Nativo hawaiano o isleño del Pacífico  
 Negro o afroamericano     Blanco     Hispano o latino  
 Multiétnico     Prefiere no responder  
 Otro (por favor especifique)

**Por favor, hablemos sobre su salud y necesidades de atención médica.**

**5. ¿Cómo describiría su salud en general?**

- Excelente     Buena     Regular o aceptable     Mala     Muy mala

**6. ¿Tiene un proveedor de atención médica (médico, enfermera, centro de salud u otro) al que acude usualmente cuando necesita la atención?**

- Sí     No     No, pero le gustaría tenerlo.     No necesita uno  
 Otro (por favor explique)

**7. Con la Atención Administrada de Medicaid, el plan de seguro médico (Neighborhood Health Plan, Tufts Health Plan o United Healthcare) le ayuda a administrar su atención. ¿Escogió usted el plan que tiene actualmente?**

- Sí       No       No está seguro o no sabe

**8. ¿Qué es lo más importante para usted al escoger su plan de seguro médico? (Elija una o más respuestas)**

- Que mi proveedor de atención médica (médico, enfermera, centro de salud u otro) acepte el plan
- Los proveedores de atención médica (médicos, enfermeras, centros de salud u otros) disponibles en el plan
- Los medicamentos y tratamientos cubiertos por el plan
- Los servicios y beneficios adicionales ofrecidos por el plan (membresía de gimnasio, tarjetas de regalo, etc.)
- Que el plan sea considerado “el mejor” o tenga las calificaciones más altas en calidad
- La experiencia que usted ha tenido con el plan
- Las recomendaciones de amigos o parientes
- Otros (por favor explique)

**9. ¿Cambiaría de plan si pudiera?**

- Sí       No

**10. ¿Tiene a alguien en su plan de seguro médico que le ayude con la atención?**

- Sí       No, pero le gustaría.       No necesita ayuda       No está seguro o no sabe
- Otro (por favor explique)

**11. ¿Con qué necesita más ayuda para estar saludable? (Elija una o más respuestas)**

- Encontrar un proveedor de atención médica (médico, enfermera, centro de salud u otro)
- Obtener citas
- Pedir citas
- Transporte para ir al consultorio o establecimiento del proveedor de atención médica (médico, enfermera, centro de salud u otro)
- Servicios de intérprete
- Obtener medicamentos
- Obtener servicios dentales
- Asistencia para comida o vivienda
- Dependencia de alcohol o de drogas

**(continúa en la página siguiente)**

- Ansiedad, depresión u otros problemas emocionales.
- Diabetes, una enfermedad cardíaca u otros problemas de salud.
- Servicios a largo plazo o atención domiciliaria
- Aparatos de audición, anteojos, u otros suministros o equipos médicos.
- Otros (por favor explique)

- Ninguno de los anteriores

**12. Si necesita ayuda, ¿quién le ayuda más con su salud o atención médica?**

- Mi proveedor de atención médica (médico, enfermera, centro de salud u otro), o el personal del consultorio o establecimiento del proveedor.
- Una enfermera o auxiliar de salud domiciliarios, u otro proveedor de atención domiciliaria.
- Alguien de su plan de seguro médico
- Un amigo o pariente
- No recibe ayuda o usted mismo gestiona la atención
- No necesita ayuda
- Otros (por favor explique)

**13. En los últimos 6 meses, ¿ha pasado una noche hospitalizado?**

- Sí
- No
- No está seguro o no sabe

**14. ¿Le dieron instrucciones sobre cómo cuidarse en casa cuando salió del hospital?**

- Le dieron instrucciones y las entendió
- Le dieron instrucciones, pero no las entendió del todo.
- No le dieron instrucciones
- Otros (por favor explique)

**15. En los últimos 6 meses, ¿ha ido a una sala de emergencias para recibir atención?**

- Sí
- No
- No está seguro o no sabe
- Otros (por favor especifique)

Por favor, díganos qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Le es indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Su plan, proveedores de atención médica (médicos, enfermeras, centros de salud u otros) y cuidadores trabajan con usted para mantenerle saludable.	<input type="radio"/>				
Su plan, proveedores de atención médica (médicos, enfermeras, centros de salud u otros) y cuidadores le escuchan cuando habla sobre sus necesidades de atención médica.	<input type="radio"/>				
Su plan, proveedores de atención médica (médicos, enfermeras, centros de salud u otros) y cuidadores se toman el tiempo para entender su situación y metas personales.	<input type="radio"/>				
Usted sabe cómo obtener ayuda o información con relación a su salud cuando es necesario.	<input type="radio"/>				
Se siente en control de su salud y atención médica.	<input type="radio"/>				

**Gracias por compartir sus opiniones con Rhode Island Medicaid.**

**Por favor, envíe la encuesta llenada por correo postal a:**

**RI Executive Office of Health & Human Services**

**Managed Care Unit**

**3 West Road**

**Cranston, RI 02920**

**O envíe la encuesta llenada por correo electrónico a:**

**[ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov](mailto:ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov)**

Puede obtener servicios de asistencia idiomática gratis llamando al 1-844-602-3469 (TTY 711).