

Patient Understanding of Key Information Related to Recovery After a Hospital-Based Outpatient Procedure or Surgery Patient- Reported Outcome-Based Performance Measure (Information Transfer PRO-PM)

Hospital Outpatient Quality Reporting (Hospital OQR) Program

Survey Instrument: English and Spanish Versions

April 2026

This document provides the English and Spanish versions of the Information Transfer PRO-PM survey instrument.

1 ENGLISH VERSION

Introduction

This is a brief survey that should take you 5 minutes.

You are receiving this survey because you recently had a procedure at [Facility Name]. Either before or after your procedure you should have been given information about what to do during your recovery process. For example, you may have received a packet of information, video, or had a conversation or phone call that instructed you on what to do after your procedure. We would like to know if this information was easy-to-follow.

Your survey responses will help your doctors and hospital improve the quality of care they provide. Your responses will be kept confidential and protected. Your name and other identifying information will not be included in the survey results shared with clinicians, hospitals or the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Your contact information may be used only to invite you to participate in the survey and to send reminders. Survey responses are reported using aggregated or de-identified data. This survey can be filled out by you or your caregiver.

Information Took Into Account My Needs

The information you got about your recovery considered:

1. Your health needs (for example: medical conditions, pain management, treatment preferences, etc.)
 - Yes
 - Somewhat
 - No
2. Your personal situation (for example: transportation needs, insurance coverage, financial status, etc.)
 - Yes
 - Somewhat
 - No

Medications

How clear was the following information about your recovery:

3. Why you should take any new medications
 - Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply
4. Possible side effects of new medications
 - Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply
5. When to stop any medications
 - Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply

Daily Activities

How clear was the following information about your recovery:

6. Changes to your diet

- Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply
7. Changes to physical activities, including exercise
- Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply
8. When you could return to work
- Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply
9. When you could drive
- Very Clear
 - Somewhat clear
 - Not clear
 - Does not apply

2 SPANISH VERSION

Introducción

Esta es una encuesta breve que le tomará 5 minutos.

Usted recibe esta encuesta porque recientemente le realizaron un procedimiento en [Nombre del centro]. Antes o después de su procedimiento, debió haber recibido información sobre qué hacer durante su proceso de recuperación. Por ejemplo, es posible que haya recibido un paquete de información, un video, o que haya tenido una conversación o llamada telefónica con instrucciones sobre qué hacer después de su procedimiento. Nos gustaría saber si esta información fue fácil de seguir.

Sus respuestas a la encuesta ayudarán a sus médicos y al hospital a mejorar la calidad de la atención que brindan. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y protegidas. Su nombre y otros datos personales no se incluirán en los resultados de la encuesta compartidos con los médicos, hospitales, o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Sus datos de contacto pueden utilizarse únicamente para

invitarle a participar en la encuesta y para enviar recordatorios. Las respuestas de la encuesta se reportan utilizando datos agregados o desidentificados. Esta encuesta puede ser completada por usted o por su cuidador.

La información tomó en cuenta mis necesidades

La información que obtuvo sobre su recuperación consideró:

1. Sus necesidades de salud (por ejemplo: condiciones médicas, manejo del dolor, preferencias de tratamiento, etc.)
 - Sí
 - Algo / Parcialmente
 - No
2. Su situación personal (por ejemplo: necesidades de transporte, cobertura de seguro, estado financiero, etc.)
 - Sí
 - Algo / Parcialmente
 - No

Medicamentos

¿Qué tan clara fue la siguiente información sobre su recuperación?:

3. Por qué debe tomar cualquier medicamento nuevo
 - Muy claro
 - Algo claro
 - Nada claro
 - No aplica
4. Posibles efectos secundarios de los nuevos medicamentos
 - Muy claro
 - Algo claro
 - Nada claro
 - No aplica
5. Cuándo dejar de tomar cualquier medicamento
 - Muy claro
 - Algo claro

- Nada claro
- No aplica

Actividades diarias

¿Qué tan clara fue la siguiente información sobre su recuperación?:

6. Cambios en su dieta

- Muy claro
- Algo claro
- Nada claro
- No aplica

7. Cambios en las actividades físicas, incluido el ejercicio

- Muy claro
- Algo claro
- Nada claro
- No aplica

8. Cuándo podría volver al trabajo

- Muy claro
- Algo claro
- Nada claro
- No aplica

9. Cuándo podría volver a manejar (conducir)

- Muy claro
- Algo claro
- Nada claro
- No aplica