

**Encuesta de Experiencias del Cuidado del Paciente**

**NOMBRE DEL CONSULTORIO:**

**<NAME>**

**UBICACIÓN DE LA OFICINA:**

**<ADDRESS LINE 1>**

**<ADDRESS LINE 2>**

**<CITY, ST ZIP>**

<SID>

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ENCUESTA**

Puede usar un bolígrafo o un lápiz.

Conteste cada pregunta rellenando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta o marcando el cuadrito con una “X”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | O |  |

Si usted quiere cambiar una respuesta, llene el cuadrito con su respuesta preferida y ponga un círculo alrededor de su respuesta preferida. También puede borrar su respuesta original.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | O |  |

A veces se le pide que salte algunas preguntas en la encuesta. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar, de esta manera:

Sí **→ Si contestó “Sí”, pase al nº 1 en la página 1**

No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Su proveedor de cuidado de salud** |  | **La atención que recibió de este proveedor en los últimos 6 meses** |

**1.** Un proveedor de cuidado de salud puede brindar atención médica a pacientes en persona, por teléfono o por video. Según nuestros registros, en los últimos 6 meses, recibió atención médica de un proveedor de cuidado primario que trabaja en el consultorio listado en la portada (quizás conoce a este consultorio por otro nombre).

¿Es correcta esta información?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 56 en la página 7**

**2.** Si sabe, por favor escriba el nombre del proveedor de cuidado primario a quien usted ha visto con más frecuencia en este consultorio en los últimos 6 meses.

Las preguntas de esta encuesta se van a referir al proveedor cuyo nombre aparece en la pregunta 2 como “este proveedor”. Al contestar estas preguntas, por favor, piense en las consultas que tuvo en persona, por teléfono, o por video con esa persona en los últimos 6 meses.

Estas preguntas son sobre la atención médica que **usted** ha recibido. **No** incluya la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. **No** incluya las consultas con el dentista.

**3.** En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a este proveedor para obtener atención médica para usted mismo?

 Ninguna → **Si contestó “Ninguna”, pase al nº 56 en la página 7**

 1 vez

 2

 3

 4

 5 a 9

 10 veces o más veces

**4.** En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para pedir una cita debido a una enfermedad, lesión o problema de salud que **necesitaba atención inmediata**?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 6 en la página 3**

**5.** En los últimos 6 meses, al comunicarse con el consultorio de este proveedor para pedir una cita para recibir **atención necesaria e inmediata**, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**6.** En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un **chequeo o una consulta regular** con este proveedor?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 8**

**7.** En los últimos 6 meses, al hacer una cita para un **chequeo o una consulta regular** con este proveedor, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

|  |
| --- |
| **Sus comunicaciones con este  proveedor en los últimos 6 meses** |

**8.** En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para hacer una pregunta médica durante las horas normales de oficina?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 10**

**9.** En los últimos 6 meses, al comunicarse con el consultorio de este proveedor durante las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia contestaron su pregunta médica el mismo día?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**10.** En los últimos 6 meses, ¿se comunicó con el consultorio de este proveedor para hacer una pregunta médica **después** delas horas normales de oficina?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 12**

**11.** En los últimos 6 meses, al comunicarse con el consultorio de este proveedor **después** de las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia contestaron su pregunta médica tan pronto como lo necesitaba?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**12.** ¿El consultorio de este proveedor le dio información sobre qué hacer en caso de necesitar atención médica por la noche, los fines de semana o los días feriados?

 Sí

 No

**13.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**14.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor le escuchó con atención?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**15.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor parecía saber la información importante de sus antecedentes médicos?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**16.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor demostró respeto a lo que usted tenía que decir?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**17.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este proveedor le dedicó suficiente tiempo a usted?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**18.** En los últimos 6 meses, ¿le hizo una pregunta médica al consultorio de este proveedor mediante un mensaje de correo electrónico, un portal para pacientes o un sitio web?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 20**

**19.** En los últimos 6 meses, cuando le hizo una pregunta al consultorio de este proveedor mediante un mensaje de correo electrónico, un portal para pacientes o un sitio web, ¿con qué frecuencia le respondieron todas las preguntas de su mensaje?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**20.** En los últimos 6 meses, ¿este proveedor solicitó que le hicieran una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 22**

**21.** En los últimos 6 meses, cuando este proveedor solicitó que le hicieran una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de este proveedor se comunicó con usted para darle los resultados?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**22.** En los últimos 6 meses, ¿tomó algún medicamento recetado?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 24**

**23.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia habló usted con alguien del consultorio de este proveedor sobre todos los medicamentos recetados que estaba tomando?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**24.** En los últimos 6 meses, ¿usted y este proveedor hablaron de iniciar o suspender un medicamento recetado?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 28 en la página 5**

**25.** Cuando hablaron de iniciar o suspender un medicamento recetado, ¿este proveedor habló de las razones por las que tal vez usted quisiera tomar el medicamento?

 Sí

 No

**26.** Cuando hablaron de iniciar o suspender un medicamento recetado, ¿este proveedor habló de las razones por las que tal vez usted **no** quisiera tomar el medicamento?

 Sí

 No

**27.** Cuando hablaron de iniciar o suspender un medicamento recetado, ¿este proveedor solicitó su opinión de lo que sería mejor para usted?

 Sí

 No

**28.** Usando un número de 0 a 10, en el cual 0 es el peor proveedor posible y 10 es el mejor proveedor posible, ¿qué número usaría para calificar a este proveedor?

 0 El peor proveedor posible

 1

 2

 3

 4

 5

 6

 7

 8

 9

 10 El mejor proveedor posible

**29.** Los especialistas son doctores tales como cirujanos, doctores que tratan el corazón, las alergias, la piel y otros doctores que se especializan en un área de cuidado de salud. En los últimos 6 meses, ¿fue a un especialista por algún problema de salud en particular?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 33**

**30.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el proveedor cuyo nombre aparece en la pregunta 2 parecía estar informado y al tanto de la atención que usted recibió de los especialistas?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**31.** En los últimos 6 meses, ¿necesitó ayuda de alguien en el consultorio de este proveedor para coordinar su atención médica entre diferentes proveedores y servicios?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 33**

**32.** En los últimos 6 meses, ¿obtuvo la ayuda que necesitaba del consultorio de este proveedor para coordinar su atención médica entre diferentes proveedores y servicios?

 Sí

 No

**33.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor habló con usted sobre metas específicas para su salud?

 Sí

 No

**34.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le preguntó si hay ciertas cosas que le dificultan cuidar de su salud?

 Sí

 No

|  |
| --- |
| **Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor** |

**35.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor le dieron toda la ayuda que usted creía que era necesaria?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

**36.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este proveedor le trataron con cortesía y respeto?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

|  |
| --- |
| **Horario extendido de este proveedor en los últimos 6 meses** |

**37.** ¿Ofrece el consultorio de este proveedor un horario extendido, tal como temprano en las mañanas, noches, fines de semana o feriados?

 Si

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 40**

 No estoy seguro→ **Si contestó “No estoy seguro”, pase al nº 40**

**38.** En los últimos 6 meses, ¿necesitó atención en el consultorio de este proveedor durante el horario extendido, tal como temprano en las mañanas, noches, fines de semana o feriados?

 Sí

 No →**Si contestó “No”, pase al nº 40**

**39.** En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener la atención que necesitaba del consultorio de este proveedor durante el horario extendido, tal como temprano en las mañanas, noches, fines de semana o feriados?

 Nunca

 A veces

 La mayoría de las veces

 Siempre

|  |
| --- |
| **Atención hospitalaria en los últimos 6 meses** |

**40.** En los últimos 6 meses, ¿ha sido paciente en un hospital por una noche o más?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 42**

**41.** Después de su estancia más reciente en un hospital, dentro de los primeros 3 días, ¿se comunicó alguien del consultorio de este proveedor cuyo nombre aparece en la portada, para darle seguimiento a esa estancia en el hospital?

 Sí

 No

**42.** En los últimos 6 meses, ¿ha ido usted a una sala de emergencias o un departamento de emergencia para recibir atención médica?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 44 en la página 7**

**43.** Después de su visita más reciente a una sala de emergencias o un departamento de emergencia, dentro de la primera semana, ¿se comunicó alguien del consultorio de este proveedor cuyo nombre aparece en la portada, para darle seguimiento a esa visita?

 Sí

 No

|  |
| --- |
| **Su salud conductual en los últimos 6 meses** |

**44.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le preguntó si hubo un periodo de tiempo en el cual se sintió triste, vacío o deprimido?

 Sí

 No

**45.** En los últimos 6 meses, ¿hubo un periodo de tiempo en el cual se sintió triste, vacío o deprimido?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 47**

**46.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor lo ayudó cuando se sintió triste, vacío o deprimido?

 Sí

 No

**47.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor habló con usted sobre cosas en su vida que le preocupen u ocasionen estrés?

 Sí

 No

**48.** En los últimos 6 meses, ¿hubo un periodo de tiempo cuando las cosas en su vida le preocupaban o le ocasionaban estrés?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 50**

**49.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le ayudó durante un periodo de tiempo cuando las cosas en su vida le preocupaban o le ocasionaban estrés?

 Sí

 No

**50.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le preguntó sobre su consumo de alcohol o drogas?

 Sí

 No

**51.** En los últimos 6 meses, ¿hubo un periodo de tiempo en el cual tuvo un problema con el consumo de alcohol o drogas?

 Sí

 No → **Si contestó “No”, pase al nº 53**

**52.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le ayudó con su consumo de alcohol o drogas?

 Sí

 No

**53.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le preguntó sobre sus necesidades no médicas, tales como comida, vivienda o transporte?

 Sí

 No

**54.** En los últimos 6 meses, ¿hubo un periodo de tiempo en el cual tuvo necesidades no médicas, tales como comida, vivienda o transporte?

 Sí

 No **→ Si contestó “No”, pase al nº 56**

**55.** En los últimos 6 meses, ¿alguien del consultorio de este proveedor le ayudó a obtener necesidades no médicas, tales como comida, vivienda o transporte?

 Sí

 No

|  |
| --- |
| **Sobre usted** |

**56.** ¿Cómo calificaría su salud en general?

 Excelente

 Muy buena

 Buena

 Regular

 Mala

**57.** ¿Cómo calificaría su salud **mental o emocional** en general?

 Excelente

 Muy buena

 Buena

 Regular

 Mala

**58.** ¿Qué edad tiene usted?

 18 a 24

 25 a 34

 35 a 44

 45 a 54

 55 a 64

 65 a 74

 75 a 84

 85 o más

**59.** ¿Es usted hombre o mujer?

 Hombre

 Mujer

**60.** ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que completó?

 8 años de escuela o menos

 9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse

 Graduado de secundaria/preparatoria *(high school)* o GED

 Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años

 Título universitario de 4 años

 Título universitario de más de 4 años

**61.** ¿Es usted de origen o descendencia hispana o latina?

 Sí, hispano o latino

 No, ni hispano ni latino

**62.** ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

 Blanca

 Negra o afroamericana

 Asiática

 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

 Indígena americana o nativa de Alaska

 Otra

**63.** ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

 Sí

 No **→ Gracias. Por favor, devuelva la encuesta en el sobre con el franqueo prepagado.**

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

 Me leyó las preguntas

 Anotó las respuestas que le di

 Contestó las preguntas por mí

 Tradujo las preguntas a mi idioma

 Me ayudó de otra manera

# Gracias. Por favor devuelva la encuesta en el sobre con el franqueo prepagado.

*Si ya no tiene el sobre, puede enviar su encuesta a:*

Patient Experience of Care Survey

[INSERT VENDOR ADDRESS]