



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 cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta o marcando el cuadrado con una "X".



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



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 n° 1 en la página 1**
 No

Su proveedor de cuidado de salud

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 n° 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.

La atención que recibió de este proveedor 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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** de las horas normales de oficina?

- Sí
- No → **Si contestó “No”, pase al n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 n° 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 prepago.**

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 prepago.

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

Patient Experience of Care Survey

[INSERT VENDOR ADDRESS]