

ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES DE EAST END COMMUNITY HEALTH CENTRE

Se le invita a participar en esta encuesta porque recientemente visitó East End Community Health Centre. Sus respuestas a las preguntas de esta encuesta nos ayudarán a mejorar la atención que brindamos. Esta encuesta tiene seis secciones y completarla llevará aproximadamente 5 minutos.

La participación en la encuesta es totalmente voluntaria, y todas sus respuestas a las preguntas de la encuesta serán confidenciales.

A. ¿Usted completa esta encuesta en nombre propio o de otra persona?

- Completo esta encuesta en nombre propio
- Completo esta encuesta en nombre de otra persona

B. Si completa esta encuesta en nombre de otra persona, ¿para quién la completa?

- Completo esta encuesta para un familiar o amigo
- Completo esta encuesta para el paciente o cliente
- Otra persona (*especifique su relación con el paciente, no su nombre*): _____

Sección 1: La comunicación con nosotros

P1.	¿Cómo se concertó la cita para su visita más reciente?
	<input type="radio"/> No tenía una cita, simplemente fui (PASE A LA PREGUNTA P2b) <input type="radio"/> Llamé para concertarla <input type="radio"/> Mandé un correo electrónico para concertarla <input type="radio"/> La concerté en mi última visita <input type="radio"/> Ustedes me llamaron para concertarla <input type="radio"/> Otra forma (<i>especifique</i>): _____

		Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
P2.	Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?					
a.	La cantidad de tiempo que pasó entre el día en que concertó su cita y la visita que acaba de realizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Su experiencia <u>general</u> al acceder al consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 2: Llegada y espera en el consultorio/la clínica

Para esta sección, pensando todavía en la visita que hizo...

P3.	¿Cuánto tiempo estuvo esperando en la zona de recepción una vez pasada la hora de su cita?
	<input type="radio"/> Menos de 5 minutos <input type="radio"/> Entre 5 y 10 minutos <input type="radio"/> Entre 11 y 20 minutos <input type="radio"/> Entre 21 y 30 minutos <input type="radio"/> Más de 30 minutos <input type="radio"/> No tenía cita

Pensando todavía en su visita más reciente...

P4.	En una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la recepción/sala de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Su experiencia general con nuestro personal de recepción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la sala de reconocimiento hasta que pudo hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 3: Su cita

Pensando todavía en su visita más reciente...

P5.	Pensando en el PRINCIPAL proveedor de atención médica con el que habló durante la visita, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría a esta persona en lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	Conocía su historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Escuchó sus inquietudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Hablaba usando un lenguaje que usted comprendía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Le explicó las cosas de una manera fácil de entender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Se mostró sensible a sus necesidades y preferencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	Le trató con dignidad y respeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.	Le dio instrucciones claras sobre lo que tenía que hacer después de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Su experiencia general al hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 4: Su experiencia general con su visita más reciente

P6.	Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	La limpieza general del consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	La comodidad física general del consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Su confianza en el médico/proveedor de atención médica al que consultó durante la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Su confianza en que su información de la salud se trataba con el nivel de privacidad que usted espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Su experiencia general con la visita que realizó a nuestro consultorio/clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 5: Sus experiencias al visitar nuestro consultorio/clínica en el último año

Las primeras preguntas a continuación son similares a las que le hicimos antes. Sin embargo, en lugar de pensar en su visita más reciente, quisiéramos que piense en términos más amplios... en sus experiencias con nuestro centro **A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO**.

P7.	La última vez que estuvo enfermo/a o preocupado/a por tener un problema de salud...		
a.	¿Consiguió una cita en la fecha que quería?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
b.	La última vez que estuvo enfermo/a o preocupado/a por tener un problema de salud, ¿Cuántos días pasaron desde la primera vez que trató de ver a su médico o enfermero practicante y el momento en que efectivamente VIO a este profesional u otra persona en su consultorio?	<input type="radio"/> El mismo día <input type="radio"/> El día siguiente <input type="radio"/> 2-19 días (ingrese la cant. de días: _____) <input type="radio"/> 20 días o más <input type="radio"/> No corresponde (no sé/ no deseo contestar)	

P8.	Quando visita a su médico o enfermero practicante, ¿con qué <u>frecuencia</u> ellos u otra persona del consultorio...?	No corresponde (no sé/ no deseo contestar)	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
a.	Le dan la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Le dejan participar en la medida en que usted lo desea en las decisiones sobre su atención y tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Le dedican suficiente tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P9.	<p>Pasando a otro tema, la última vez que necesitó atención médica por la noche, un fin de semana o un día feriado, ¿Qué tan fácil fue recibir atención sin ir al departamento de emergencias?</p>	Muy difícil <input type="radio"/>	Algo difícil <input type="radio"/>	Relativamente fácil <input type="radio"/>	Muy fácil <input type="radio"/>	No corresponde <input type="radio"/>
------------	---	--	---	--	--	---

Q10.	<p>Siempre me siento cómodo y bien recibido en East End CHC</p>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
-------------	--	--------------------------	--------------------------

Sección 6: Contexto/información demográfica

P11.	<p>En general, ¿cómo calificaría su salud?</p>	Mala <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>	Buena <input type="radio"/>	Muy buena <input type="radio"/>	Excelente <input type="radio"/>
-------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--	--

P12.	<p>¿Cuánto tiempo hace que visita nuestro centro para recibir atención médica?</p>					
	<p> <input type="radio"/> Menos de seis meses <input type="radio"/> Entre seis meses y un año <input type="radio"/> Entre uno y tres años <input type="radio"/> Entre tres y cinco años <input type="radio"/> Más de cinco años </p>					

P13.	<p>Haciendo un cálculo aproximado, ¿cuántas veces visitó nuestro centro en el último año para recibir atención médica?</p>					
	<p> <input type="radio"/> Una <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> Cuatro <input type="radio"/> Cinco o más </p>					

P14.	<p>¿Recomendaría nuestros servicios a sus familiares o amigos? Marque solo UNA respuesta.</p>					
	<p> <input type="radio"/> Definitivamente no <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Definitivamente sí </p>					

**Si desea hacer comentarios adicionales,
use el siguiente espacio:**

COMENTARIOS (OPCIONAL)

Pensando en su experiencia general con nuestro consultorio/clínica, mencione:

a. Dos cosas que se hagan especialmente bien:

1. _____

2. _____

b. Dos cosas que podrían mejorarse:

1. _____

2. _____

¿Hay alguna otra información o comentario que desee compartir con nosotros, que pudiera ayudarnos a mejorar nuestro modo de brindar atención?

Gracias por completar nuestra encuesta