



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL SERVICIO DE CIRUGÍA

Para que el Hospital de Veteranos pueda llevar a cabo su misión de proporcionar el mejor cuidado médico y servicios posibles a todos los veteranos, es muy importante que usted complete y devuelva este folleto de la encuesta. Sus respuestas ayudarán a garantizar que todos los veteranos reciban el cuidado de alta calidad que han ganado y merecen.

Por favor, lea cada pregunta y marque la casilla que mejor describa su experiencia. Por favor, asegúrese de leer todas las páginas de este folleto de la encuesta.

Queremos recordarles que toda la información es totalmente anónima. No será compartida con su médico y no afectara su cuidado en nuestra institución.

Si usted tiene alguna pregunta específica o necesita ayuda con su cuidado, puede comunicarse a nuestras oficinas del VA como se describe al final de este folleto de la encuesta.

Muchas gracias!

**La Ley de Reducción de Papeleo de 1995:** Esta información es recopilada de conformidad con la sección 3507 de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995. En consecuencia, no puede realizar o patrocinar, y no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número válido de la OMB. Anticipamos que el tiempo invertido por todas las personas que completen esta encuesta tendrá un promedio de 20 minutos. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir los datos necesarios y llenar el formulario. Encuestas de satisfacción del cliente se utilizan para medir las percepciones de los clientes de los servicios de VA, así como las expectativas del cliente y sus deseos. Los resultados de este estudio darán lugar a mejoras en la calidad de la prestación de servicios, ayudando a dar forma a la dirección y el enfoque de los programas y servicios específicos. Divulgación de la información implica la liberación de los datos estadísticos y otros datos que no identifica a la mejora de los servicios dentro del sistema de salud VA y se asocia con fines administrativos. La presentación de este formulario es voluntaria y la falta de respuesta no tendrá ningún impacto sobre los beneficios que usted puede tener derecho.

## Instrucciones de la encuesta

Conteste todas las preguntas marcando la casilla a la izquierda de su respuesta. Asegúrese de que su respuesta está marcada dentro de la caja.

Por favor, use un bolígrafo de tinta azul o negro, o un lápiz.

---

A los efectos de mejorar la calidad de servicio favor de indicar la sección del departamento de cirugía que le ofreció el servicio.

- Anestesia
- Urología
- Cirugía general
- Oftalmología
- Ginecología
- Ortopedia
- Dental
- Neurocirugía
- Cirugía Plástica
- Cardiología

Otro especifique \_\_\_\_\_

---

## En las clínicas con su cirugía

Durante su visitas a la oficina antes de la cirugía, el cirujano le trato con cortesía y respeto?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

Durante su visitas a la oficina antes su cirugía, el cirujano le ofreció alternativas para tratar su condición?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

---

## Durante las visitas a la clínica antes de su cirugía

---

¿Hablo su cirujano con usted sobre los riesgos y beneficios de cada opción de tratamiento?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

---

## Antes de la cirugía en la Clínica de Cirugía Ambulatoria

---

Durante la orientación en la Clínica de Cirugía Ambulatoria las enfermeras lo trataron con cortesía y respeto y le escucharon con atención?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

El personal de enfermería en la cirugía ambulatoria le entrego por escrito la orientación sobre el proceso de la cirugía?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

Durante estas visitas, el personal administrativo en la clínica de cirugía ambulatoria fue diligente en el proceso de registro?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

¿El anestesiólogo lo estimulo a hacer preguntas y le respondió a sus preguntas con claridad?

- Nunca
- Algunas Veces

- Generalmente
- Siempre

---

### En el área de espera antes de la cirugía

---

Después de ser cambiado de ropa y pase a la sala de espera de sala de operaciones entiende usted que el servicio ofrecido por el personal era apropiado?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

Después de ser cambiado de ropa y entró en la sala de espera de sala de operaciones considera usted que había ruido excesivo.

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

---

### Después de la cirugía

---

¿Entiende que el servicio de enfermería en la fase de recuperación se encargó de su problema del dolor inmediatamente usted lo solicitó?

Nunca

- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

Le advirtieron sobre citas de seguimiento y/o signos o síntomas que requieren atención inmediata después de salir del hospital?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

Durante esta experiencia quirúrgica estuvieron disponibles los cirujanos a responder a sus familiares o amigos acerca del transcurso de su cirugía?

- Nunca
- Algunas Veces
- Generalmente
- Siempre

¿Cuánto tiempo espero por sus recetas en la farmacia?

- 10-15 minutos
- 16-30 minutos
- 31-60 minutos
- 61-90 minutos
- 91- 120 minutos
- Más de 2 horas\_\_\_\_\_

---

### Satisfacción general

---

¿Basada en su experiencia, considera usted que el servicio de Cirugía del Hospital de Veteranos le ofreció un servicio de excelencia y volvería a utilizar los servicios nuevamente?

- Nunca
  - Algunas Veces
  - Generalmente
  - Siempre
-

**Gracias por completar este cuestionario. Sus respuestas son importantes para ayudarnos a mejorar la atención de VA. Por favor, coloque el cuestionario cumplimentado en el sobre que le hemos enviado. No se requiere sello. Basta con colocar el sobre en cualquier buzón de correo y volver a la encuesta.**

**Si usted tiene una pregunta específica o necesita ayuda con su cuidado VA, puede comunicarse con el VA, o visítenos en:**

La Administración de Veteranos del Caribe del Sistema de Salud

10 Calle Casia  
San Juan, PR 00921  
Teléfono: (787) 641-7582  
Fax: (787) 641-4557  
Línea gratuita: 1-800-449-8729  
O póngase en contacto con:  
**Representante de los Pacientes**

**Sr. Claudio Santiago**  
**Sra. Saribel Padilla**

Teléfono: (787) 641-7582 ext. 11725/11486  
Edificio de Administración  
Primera Planta, Oficina D1110-A  
Gracias.

**Por favor devuelva la encuesta completada en el sobre con franqueo pagado.**