

Uso Oficial:

Study ID: _____

Date: _____

Language of Administration:

Spanish

OMB# xxxx-xxxx
Exp. Date mm/dd/yyyy

FORMULARIO DE OPINIÓN DEL CLIENTE

Orientación para la Prevención de Enfermedades Crónicas e Intervención Temprana

El Programa de Orientadores de Pacientes es financiado por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (en inglés, Health Resources and Services Administration - HRSA) para ayudar a las personas con sus necesidades de salud. Nosotros queremos saber si el Programa de Orientadores de Pacientes ha sido de beneficio para usted de tal manera que podamos mejorar el programa.

- ◆ Las respuestas de todos los que llenen este cuestionario serán dadas a HRSA.
- ◆ Su nombre no va a ser reportado. **Nadie sabrá sus respuestas.**
- ◆ Usted no tiene que contestar alguna pregunta si no quiere. Si decide no responder a una pregunta, eso no afectara sus servicios de salud.
- ◆ Sus respuestas nos ayudara a mejorar el programa. Su opinión es importante – ¡Gracias por su ayuda!

Por favor responda a las preguntas poniendo una 'X' en la casilla de la respuesta apropiada, de la siguiente manera:

¿Es usted hombre o mujer?

Hombre
 Mujer

Los Orientadores de Pacientes ayudan a las personas con diferentes cosas. Nos gustaría saber sobre el tipo de ayuda que recibió usted del Orientador de Pacientes y que le pareció.

Si no necesito ayuda con alguna actividad, simplemente marque la casilla o diga: "Yo no necesite ayuda con eso."

1. ¿Lle ayuda el Orientador de Pacientes a hacer las citas para las visitas al médico, exámenes médicos u otro cuidado de salud?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

2. ¿ Le ayuda el Orientador de Pacientes para que usted tenga transporte para ir a sus citas?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

Ninguna agencia puede realizar, ni patrocinar una recopilación de información a menos que ésta tenga un número de control válido y vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). Ninguna persona esta obligada a responder a una recolección de información que no tenga un número de control válido y vigente de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta encuesta es 0915-XXXX. Se estima que el tiempo necesario para esta recopilación de información es en promedio XX minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar datos en fuentes de información existentes y completar y revisar la recolección de la información. Si tiene algún comentario sobre el tiempo estimado para completar esta recolección de información o sobre cualquier otro aspecto de ésta, incluyendo sugerencias, los puede enviar a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-33, Rockville, Maryland, 20857.

3. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a conseguir equipo médico o medicamentos que su Dr. recetó?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

4. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a encontrar maneras de pagar por cuidados de salud?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

5. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a saber sobre los servicios en su comunidad, tales como vivienda, agua, luz, comida o cuidado de niños?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

6. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes para hablar o entender a sus médicos?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

7. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a aprender sobre la necesidad de hacerse pruebas de detección del cáncer y chequeos rutinarios?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

8. ¿ Le ayuda y motiva el Orientador de Pacientes a alcanzar las metas de salud establecidas por su médico?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

9. Algunas clínicas tienen conexiones con ensayos clínicos. Si ha sido referido a un ensayo clínico, ¿ Le ayuda el Orientador de Pacientes a obtener información sobre el (ensayo clínico)?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

También nos gustaría saber sobre su experiencia con el Orientador de Pacientes

10. ¿Le dio el Orientador de Pacientes la información o ayuda que usted necesitaba?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

11. ¿Le explico el Orientador de Pacientes las cosas de una manera que era fácil de entender?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

12. ¿Le escucho el Orientador de Pacientes con atención?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

13. Usando un número del 0 al 10, donde 0 es la peor experiencia posible y 10 es la mejor experiencia posible, ¿qué número usaría para evaluar la experiencia con el Programa de Orientadores de Pacientes?

- 0 La peor experiencia posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor experiencia posible

14. Antes de que se inscribiera en el Programa de Orientadores de Pacientes, ¿cuándo fue la última vez que había visto a un médico o enfermera?

- En el último año
- 1 a 3 años atrás
- 3 a 5 años atrás
- Hace 5 años o más
- Nunca había visto a un médico o enfermera

OPCIONAL: Si desea contarnos más ...

15. ¿De qué manera el Programa de Orientadores de Pacientes fue de ayuda para usted?

16. ¿Qué partes del Programa de Orientadores de Pacientes fueron las menos útiles?

17. ¿Si usted pudiera, qué cambiaría del Programa de Orientadores de Paciente?

Uso Oficial:	Language of Administration:
Study ID: _____	<input type="checkbox"/> English
Date: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____

OMB# xxxx-xxxx
Exp. Date mm/dd/yyyy

FORMULARIO DE OPINIÓN DEL CLIENTE

Orientación para Servicios de Cáncer

El Programa de Orientadores de Pacientes es financiado por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (en inglés, Health Resources and Services Administration - HRSA) para ayudar a las personas con sus necesidades de salud. Nosotros queremos saber si el Programa de Orientadores de Pacientes ha sido de beneficio para usted de tal manera que podamos mejorar el programa.

- ◆ Las respuestas de todos los que llenen este cuestionario serán dadas a HRSA.
- ◆ Su nombre no va a ser reportado. **Nadie sabrá sus respuestas.**
- ◆ Usted no tiene que contestar alguna pregunta si no quiere. Si decide no responder a una pregunta, eso no afectara sus servicios de salud.
- ◆ Sus respuestas nos ayudara a mejorar el programa. Su opinión es importante – ¡Gracias por su ayuda!

Por favor responda a las preguntas poniendo una 'X' en la casilla de la respuesta apropiada, de la siguiente manera:

¿Es usted hombre o mujer?

Hombre

Mujer

Los Orientadores de Pacientes ayudan a las personas con diferentes cosas. Nos gustaría saber sobre el tipo de ayuda que recibió usted del Orientador de Pacientes y que le pareció.

Si no necesito ayuda con alguna actividad, simplemente marque la casilla o diga: "Yo no necesite ayuda con eso."

1. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a hacer las citas para las visitas al médico, exámenes médicos u otro cuidado de salud relacionado al cáncer?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

2. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes para que usted tenga transporte para ir sus citas relacionadas con el cáncer?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

Ninguna agencia puede realizar, ni patrocinar una recopilación de información a menos que ésta tenga un número de control válido y vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). Ninguna persona esta obligada a responder a una recolección de información que no tenga un número de control válido y vigente de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta encuesta es 0915-XXXX. Se estima que el tiempo necesario para esta recopilación de información es en promedio XX minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar datos en fuentes de información existentes y completar y revisar la recolección de la información. Si tiene algún comentario sobre el tiempo estimado para completar esta recolección de información o sobre cualquier otro aspecto de ésta, incluyendo sugerencias, los puede enviar a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-33, Rockville, Maryland, 20857.

3. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a conseguir equipo médico o medicamentos que su Dr. recetó para tratar su cáncer?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

4. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a encontrar maneras de pagar por cuidados de salud relacionados con su cáncer?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

5. ¿ le ayudo el Orientador de Pacientes a saber sobre los servicios en su comunidad, tales como vivienda, agua, luz, comida o cuidado de niños?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

6. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes para hablar o entender a sus médicos?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

7. ¿ Le ayudo el Orientador de Pacientes a aprender sobre la necesidad de hacerse pruebas de detección del cáncer y chequeos rutinarios?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

8. ¿ Le ayuda y motiva el Orientador de Pacientes a alcanzar las metas de salud establecidas por su médico?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

9. Algunas clínicas tienen conexiones con ensayos clínicos. Si ha sido referido a un ensayo clínico, ¿ Le ayuda el Orientador de Pacientes a obtener información sobre el (ensayo clínico)?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No necesite ayuda con eso

También nos gustaría saber sobre su experiencia con el **Orientador de Pacientes**

10. ¿Le dio el Orientador de Pacientes la información o ayuda que usted necesitaba?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

11. ¿Le explico el Orientador de Pacientes las cosas de una manera que era fácil de entender?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

12. ¿Le escucho el Orientador de Pacientes con atención?

- Nunca
- A veces
- Usualmente
- Siempre

13. Usando un número del 0 al 10, donde 0 es la peor experiencia posible y 10 es la mejor experiencia posible, ¿qué número usaría para evaluar la experiencia con el Programa de Orientadores de Pacientes?

- 0 La peor experiencia posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 La mejor experiencia posible

OPCIONAL: Si desea contarnos más ...

14. ¿De qué manera el Programa de Orientadores de Pacientes fue de ayuda para usted?

15. ¿Qué partes del Programa de Orientadores de Pacientes fueron las menos útiles?

16. ¿Si usted pudiera, qué cambiaría del Programa de Orientadores de Paciente?