

Patient Perceptions of HER

PATIENT RECRUITMENT SCRIPT - SPANISH

Hola, me llamo _____, y trabajo para una compañía llamada Mathematica Policy Research. Estamos llevando a cabo un estudio para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos' Oficina del Coordinador nacional para Tecnología de Información de Salud (*U.S. Department of Health and Human Services -Office of the National Coordinator for Health Information Technology*).

Queremos pedir su ayuda con nuestro estudio de pacientes, para aprender de sus experiencias y percepciones de sus servicios de salud o "health care". Ésta práctica ha dado su acuerdo para permitirle a Mathematica a hablar con pacientes mientras esperan para ver al doctor y para invitarles a ser voluntarios en el estudio.

Esperamos que usted esté de acuerdo en participar en este estudio, que es corto y no difícil. Si usted es elegible y decide participar, le pediremos que completa un cuestionario de 15 (quince) minutos después de ver a su proveedor de servicios de salud. Usted recibirá una tarjeta de regalo de diez dólares (\$10) de *VENDOR NAME* para agradecerle por completar el cuestionario.

¿Estaría usted dispuesto a ayudarlo con este estudio?

YES - GO TO ELIGIBILITY SCREENING

NO → **Le agradezco por su tiempo.** (END and MARK LOG SHEET)

ELIGIBILITY SCREENING

Muchísimas gracias. Solamente tengo tres preguntas para ver si usted es elegible para participar es este estudio.

1. ¿Tiene usted 18 (dieciocho) años de edad o más?

YES (go to 2)

NO (go to SURVEY INELIGIBLE)

2. ¿Usted va a ver hoy a un proveedor de servicios de salud en ésta práctica o está usted acompañando a alguien que va a ver a un proveedor?

BEING SEEN (go to 3)

ACCOMPANYING SOMEONE **Necesito entrevistar a la persona que va a ver hoy al proveedor.** (try to recruit/screen that person)

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0990- . The time required to complete this information collection is estimated to average 2 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 336-E, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer

3. ¿Usted ha sido paciente en ésta práctica por doce (12) meses o más?

YES (go to SURVEY ELIGIBLE)

NO (go to SURVEY INELIGIBLE)

SURVEY ELIGIBLE

Quiero agradecerle otra vez por tener la voluntad para participar. Cuando haya completado su visita con el proveedor de servicios de salud le daré un cuestionario para completar. El cuestionario es anónimo; no recolectamos nombres. Mientras tanto, aquí hay alguna información adicional sobre el estudio.

→ HAND LETTER AND FACT SHEET. MARK LOG SHEET.

SURVEY INELIGIBLE

Quiero agradecerle por tener la voluntad para participar. Desafortunadamente, solamente estamos reclutando pacientes que (tienen hoy una visita con un proveedor de servicios de salud/tienen dieciocho (18) años de edad o más/han sido pacientes en ésta práctica por doce(12) meses o más). Otra vez, muchas gracias por su tiempo.

→ END and MARK LOG SHEET