

## **Encuesta de Percepciones de Pacientes de Servicios de Salud (Health Care)**

### ***Instrumento Preliminar (Draft)***

Marzo 5, 2010

Según la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona es requerida a responder a una recopilación de información si ésta no despliega un válido número de control de OMB. El número de control de OMB válido para ésta recopilación de información es 0990-NEW. El tiempo requerido para completar ésta recopilación de información es estimado en tomar de promedio 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y revisar la recopilación de información. Si usted tiene algún comentario sobre la exactitud del estimado de tiempo(s) o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: Department of Health and Human Services, Office of the National Coordinator for Health Information Technology, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 200 Independence Ave. SW, Suite 336-E, Washington, DC, 20201

**ACERCA DE ESTA ENCUESTA**

- Este estudio está siendo llevado a cabo por Mathematica Policy Research, una compañía independiente de estudios investigativos, de parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de Información de Salud.
- El propósito del estudio es aprender sobre la satisfacción de pacientes con los servicios de salud que reciben de prácticas médicas que se encuentran en distintas etapas de adoptar y usar registros electrónicos de salud.
- Las prácticas (en este estudio) fueron seleccionadas al azar de prácticas de atención primaria en este estado.
- Las preguntas en ésta encuesta son sobre usted, su salud y de cómo usted usa servicios de salud o “health care”. Su participación en este estudio es voluntaria. Tomará unos 15 minutos para completar el cuestionario. Usted recibirá una tarjeta de regalo con un valor de \$10 (diez dólares) por completar la encuesta.
- La mayoría de las preguntas pueden ser contestadas simplemente marcando una casilla. Algunas piden que usted escriba su respuesta.
- Siga todas las instrucciones que dicen “VAYA A” después de marcar una casilla. Si no hay tal instrucción, por favor continúe con la siguiente pregunta.
- Si usted no sabe la respuesta a una pregunta, por favor escriba “DK” junto a la pregunta.
- Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial según lo permitido por ley. Sus respuestas no serán compartidas con su doctor, ni con esta práctica médica ni con nadie fuera del equipo de estudio. Sus respuestas no cambiarán su cobertura médica, otros beneficios de salud o su relación con su proveedor de servicios de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o sobre su participación en él, por favor llame a Ann Bagchi, investigadora superior en el 1- 609-716-4554.

**Una vez que haya terminado, por favor devuelva la encuesta ya completada al representante de Mathematica en la sala de espera, que le entregó la encuesta.**

**¡Muchas gracias por su tiempo y por su ayuda con este importante estudio!**

## A. ESTADO DE SALUD

La primera sección de preguntas es sobre su salud.

**A1. Por lo general, ¿diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy buena
- 3 ☐ Buena
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

**A2. Por favor marque “Sí” si un proveedor de servicios de salud le dijo alguna vez que usted tenía una de las condiciones en la lista por abajo.**

|                                                                                                                                          |  | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                          |  | Sí                             | No                         |
| a. Una enfermedad del corazón, incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva, infarto o ataque de corazón, angina de pecho o hipertensión |  |                                |                            |
| .....                                                                                                                                    |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. Diabetes.....                                                                                                                         |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. Un derrame cerebral.....                                                                                                              |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| d. Un desorden mental o psiquiátrico.....                                                                                                |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| e. Cualquier tipo de cáncer.....                                                                                                         |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| f. Artritis, incluyendo la artritis reumatoide.....                                                                                      |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| g. Condiciones pulmonares o problemas de la respiración, tal como enfisema, asma o enfermedad crónica de obstrucción pulmonar (COPD)     |  |                                |                            |
| .....                                                                                                                                    |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| h. Otra (Por favor haga una lista de cualesquiera otras condiciones que un proveedor de servicios de salud ha dicho que usted tiene)     |  |                                |                            |
| .....                                                                                                                                    |  | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| .....                                                                                                                                    |  |                                |                            |



**A3. ¿Cómo clasificaría su conocimiento sobre su salud y los factores que pudieran afectar a su salud en el futuro?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy bueno
- 3 ☐ Bueno
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

**A4. ¿Cuánta confianza tiene usted acerca de llenar un formulario médico por sí mismo(a)?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Extrema confianza
- 2 ☐ Bastante confianza
- 3 ☐ Algo de confianza
- 4 ☐ Un poco de confianza
- 5 ☐ Nada de confianza

**A5. Incluyendo a la visita de hoy, ¿cuántas veces visitó usted a un médico o a una clínica en los últimos 12 meses? Por favor incluya las veces que usted vio a cualquier profesional de servicios de salud, tal como un doctor, enfermera o asistente médico, pero no incluya visitas a la sala de emergencia.**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ 1 vez
- 2 ☐ 2 a 3 veces
- 3 ☐ 4 a 5 veces
- 4 ☐ 6 a 10 veces
- 5 ☐ Más de 10 veces

## B. LA VISITA DE HOY

La siguiente serie de preguntas es acerca de la visita de hoy a ésta práctica médica. Las preguntas son sobre (el/la) **PRINCIPAL** proveedor(a) de servicios de salud que usted vio hoy, lo que puede ser un doctor, enfermera o “nurse practitioner” o asistente médico.

**B1. ¿Cuál era el propósito PRINCIPAL de su cita médica de hoy?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Un chequeo o “check-up” regular, un examen para persona sana o un examen físico
- 2 ☐ Atención de una condición crónica (una condición que dura por 3 meses o más que no tiene cura conocida)
- 3 ☐ Obtener ayuda por un problema específico o enfermedad aguda (infección, herida, etc.)
- 4 ☐ Otro propósito – por favor describa: \_\_\_\_\_

**B2. ¿(El/La) proveedor(a) de servicios de salud que usted vio hoy es (el/la) proveedor(a) que usted generalmente ve cuando usted necesita un chequeo, quiere consejo acerca de un problema de salud o cuando se enferma o se lastima?**

- 1 ☐ Sí
- 0 ☐ No

**B3. Por favor marque “Sí” o “No” para indicar si su proveedor(a) de servicios de salud hizo las siguientes cosas durante la visita de hoy.**

|                                                                                                                                                                                                                      | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                      | Sí                             | No                         |
| a. Examinó su corazón y pulmones con un estetoscopio.....                                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. Trabajó con usted para fijar metas para prevenir enfermedades y mantenerse saludable.....                                                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. Proporcionó materiales tales como boletines, folletos, artículos, videos o vínculos a sitios de web (del internet) para ayudarle a usted a entender su salud o condición crónica o tratamientos recomendados..... | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| d. Explicó lo que puede esperar en el futuro en relación a su salud o enfermedad.....                                                                                                                                | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| e. Explicó qué hacer si los problemas o síntomas continúan, empeoran o regresan.....                                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |

**B4. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con la visita de hoy, en general?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Muy satisfecho(a)  
 2 ☐ Algo satisfecho(a)  
 3 ☐ Algo insatisfecho(a)  
 4 ☐ Muy insatisfecho(a)

**B5. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con la cantidad de tiempo que su proveedor(a) de servicios de salud pasó con usted en la visita de hoy?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Muy satisfecho(a)  
 2 ☐ Algo satisfecho(a)  
 3 ☐ Algo insatisfecho(a)  
 4 ☐ Muy insatisfecho(a)

**B6. Por favor marque una respuesta en cada línea, en relación a la visita de hoy.**

|                                                                                                                                                                                         | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |                            |                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                         | Excelente                      | Muy Buena                  | Buena                      | Regular                    | Mala                       |
| a. ¿Cómo clasificaría a la calidad de la atención o cuidado que usted recibió en la visita de hoy, en general?<br>.....                                                                 | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Cómo clasificaría a las destrezas técnicas de su proveedor(a) de servicios de salud (capaz, cuidadoso, competente) durante la visita de hoy?<br>.....                               | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Cómo clasificaría a las actitud personal de su proveedor(a) de servicios de salud (cortesía, respeto, sensibilidad, gentileza) durante la visita de hoy?<br>.....                   | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cómo clasificaría a las explicaciones de información de salud de su proveedor(a) de servicios de salud en términos de lo fácil que fue entender?.....                               | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Cómo clasificaría a la atención personal que le prestó su proveedor(a) de servicios de salud durante la visita a su oficina hoy (por ejemplo: no ser distraído(a) con facilidad por | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                         |                                |                            |                            |                            |                            |

|                                                                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>llamadas de teléfono o las necesidades de<br/>otros pacientes)?</b><br>..... |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

**B7. ¿Cómo clasificaría al conocimiento de su proveedor(a) de servicios de salud acerca de sus actuales problemas de salud?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy bueno
- 3 ☐ Bueno
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Malo

**B8. En la visita de hoy, ¿sintió usted que le dieron el tiempo para hacer todas, algunas o ninguna de las preguntas relacionadas a la salud que usted tenía?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Todas
- 2 ☐ Algunas
- 3 ☐ Ninguna

**B9. Es posible que proveedores de servicios de salud usen computadoras o aparatos de mano durante una visita a la oficina para buscar cosas tales como la información del paciente o para escribir órdenes de medicamentos recetados. ¿(El/La) principal proveedor(a) de servicios de salud que usted vio hoy usó una computadora o aparato de mano durante su visita?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Sí → **VAYA A LA PREGUNTA B12, PÁGINA 7**
- 0 ☐ No

**B10. ¿Cuántos minutos pasó con usted su principal proveedor(a) de servicios de salud durante la visita de hoy? (No incluya el tiempo que usted pasó esperando o con otro personal.)**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- <sup>1</sup> ☐ Menos de 5 minutos
- <sup>2</sup> ☐ 5 a 15 minutos
- <sup>3</sup> ☐ 16 a 30 minutos
- <sup>4</sup> ☐ 31 a 45 minutos
- <sup>5</sup> ☐ 46 a 60 minutos
- <sup>6</sup> ☐ Más de 60 minutos

**B11. ¿Cuánto del tiempo total de la visita de hoy pasó su principal proveedor(a) de servicios de salud directamente mirando y escribiendo en su archivo y registros, o sea tiempo que pasó leyendo el archivo, buscando información o escribiendo notas?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- <sup>1</sup> ☐ Todo el tiempo
- <sup>2</sup> ☐ Mayoría del tiempo
- <sup>3</sup> ☐ Algo del tiempo
- <sup>4</sup> ☐ Un poco del tiempo
- <sup>5</sup> ☐ Nada del tiempo

**VAYA A LA SECCIÓN C, PREGUNTA C1, PÁGINA 10**

**B12. Por favor indique “Sí” o “No” para cada una de las siguientes preguntas acerca de la visita de hoy con su principal proveedor(a) de servicios de salud:**

|                                                                                                                                                                                                      | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                      | Sí                             | No                         |
| a. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud escribió notas sobre su salud en una computadora o aparato de mano mientras que usted estaba presente?<br>.....        | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud usó una computadora o aparato de mano para mostrarle a usted información?<br>.....                                     | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud usó una computadora o aparato de mano para buscar resultados de pruebas u otra información sobre usted?<br>.....       | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| d. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud usó una computadora o aparato de mano para escribir las órdenes de sus medicamentos recetados?<br>.....                | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| e. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud usó una computadora o aparato de mano para imprimir materiales relacionados a la salud para dárselos a usted?<br>..... | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| f. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud le dijo que (él o ella) estaría usando la computadora durante su examen o discusión?<br>.....                          | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| g. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud le explicó lo que (él o ella) estaba haciendo con la computadora, mientras lo hacía?<br>.....                          | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |
| h. En la visita de hoy, ¿(el/la) principal proveedor(a) de servicios de salud le dijo cuando (él o ella) estaba saliendo o cerrando su archivo de paciente en la computadora?<br>.....               | 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> |

**B13. ¿Cuántos minutos pasó con usted su principal proveedor(a) de servicios de salud durante la visita de hoy? (No incluya el tiempo que usted pasó esperando o con otro personal.)**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

1 ☐ Menos de 5 minutos

- 2 ☐ 5 a 15 minutos
- 3 ☐ 16 a 30 minutos
- 4 ☐ 31 a 45 minutos
- 5 ☐ 46 a 60 minutos
- 6 ☐ Más de 60 minutos

**B14. ¿Cuánto del tiempo total de la visita de hoy pasó su principal proveedor(a) de servicios de salud directamente usando la computadora, o sea tiempo que pasó con el teclado, el “ratón” (mouse) o mirando a la pantalla de la computadora?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Todo el tiempo
- 2 ☐ Mayoría del tiempo
- 3 ☐ Algo del tiempo
- 4 ☐ Un poco del tiempo
- 5 ☐ Nada del tiempo

**B15. Por favor indique cuánto usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la visita de hoy con su proveedor(a) de servicios de salud.**

|                                                                                                                                                                             | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |                                         |                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                             | Muy en<br>desacuerdo           | En<br>desacuerdo           | Ni de<br>acuerdo<br>ni en<br>desacuerdo | De<br>acuerdo              | Muy de<br>acuerdo          |
| a. <b>El uso de la computadora en la sala de exámenes mejoró la calidad de la atención o cuidado que recibí de mi proveedor(a) de servicios de salud.</b><br>.....<br>..... | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>              | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. <b>Por causa de la computadora, (el/la) proveedor(a) de servicios de salud pasó menos tiempo de lo que me gusta mirándome a mí durante la visita.</b><br>.....           | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>              | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. <b>Por causa de la computadora, (el/la) proveedor(a) de servicios de salud pasó menos tiempo de lo que me gusta hablando conmigo durante la visita.</b><br>.....         | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>              | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| d. <b>Por causa de la computadora, yo sentí que mi proveedor(a) de servicios de salud estaba más consciente de mi historia médica.</b><br>.....                             | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>              | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| e. <b>El uso de la computadora en la sala</b>                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/>              | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

de exámenes hizo sentir que la visita con mi proveedor(a) de servicios de salud era menos personal.

.....

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**B16. ¿Diría usted que el uso de una computadora o aparato de mano por (el/la) proveedor(a) de servicios de salud en la visita de hoy en general fue útil o inútil para usted?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Muy útil
- 2 ☐ Algo útil
- 3 ☐ Ni útil ni inútil
- 4 ☐ Algo inútil
- 5 ☐ Muy inútil

**B17. ¿Diría usted que el uso de una computadora o aparato de mano por (el/la) proveedor(a) de servicios de salud en la visita de hoy hizo que fuera más difícil o más fácil para que usted hablara con él o ella?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- 1 ☐ Mucho más difícil
- 2 ☐ Algo más difícil
- 3 ☐ Ni más difícil ni más fácil
- 4 ☐ Algo más fácil
- 5 ☐ Mucho más fácil

**B18. Por favor indique si el uso de una computadora por su proveedor(a) de servicios de salud en la visita de hoy tuvo un efecto positivo, un efecto negativo o no tuvo ningún efecto sobre los siguientes aspectos de su interacción con (el/la) proveedor(a). ¿Qué efecto tuvo la computadora sobre . . .**

|                                                                                                           | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |                            |                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                                                                                           | Muy positivo                   | Algo positivo              | Ningún efecto              | Algo negativo              | Muy negativo               |
| a. la habilidad de usted para describir sus preocupaciones a su proveedor(a) de servicios de salud? ..... | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| b. la calidad de la comunicación cara a cara con su proveedor(a) de servicios de salud? .....             | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| c. la voluntad de su proveedor(a) de servicios de salud para escuchar? .....                              | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

d. la cantidad de tiempo que pasó  
escuchando a sus preocupaciones .....

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

## C. DESDE EL AÑO PASADO

**C1. Pensando en todos los proveedores de servicios de salud que usted puede haber visto en ésta práctica médica, ¿por cuántos años ha sido usted paciente de cualquier proveedor(a) en ésta práctica médica?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ 1-2 años  
 2 ☐ 3-5 años  
 3 ☐ 6-10 años  
 4 ☐ Más de 10 años

**C2. Incluyendo la visita de hoy, ¿cuántas veces usted ha visto a un(a) proveedor(a) de servicios de salud en ésta práctica médica en los últimos 12 meses?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ 1 visita  
 2 ☐ 2-3 visitas  
 3 ☐ 4-5 visitas  
 4 ☐ 6-10 visitas  
 5 ☐ Más de 10 visitas

**C3. La siguiente pregunta es acerca de los cambios que posiblemente ocurrieron en ésta práctica médica. Comparando su visita de hoy a la visita que usted hizo a ésta práctica hace 12 meses o más, por favor indique si cada una de las siguientes cosas han mejorado, empeorado o permanecieron lo mismo.**

|                                                                                                                                                                                                          | MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                          | Mejor                          | Peor                       | Lo mismo                   |
| a. La calidad de la atención o cuidado que usted ha recibido de ésta práctica médica.....                                                                                                                | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Las destrezas técnicas de su proveedor(a) de servicios de salud (capaz, cuidadoso, competente).....                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. La actitud personal de su proveedor(a) de servicios de salud (cortesía, respeto, sensibilidad, gentileza).....                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Las explicaciones de información de salud de su proveedor(a) de servicios de salud en términos de lo fácil que fue entender.....                                                                      | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. La atención que le presta su proveedor(a) de servicios de salud durante su visita en la oficina (por ejemplo: no ser distraído(a) por llamadas de teléfono o las necesidades de otros pacientes)..... | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. El conocimiento de su proveedor(a) de servicios de salud acerca de sus problemas de salud.....                                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| g. La comunicación de su proveedor(a) de servicios de salud con otros doctores o profesionales de salud sobre su atención o cuidado médico....                                                           | 1 <input type="checkbox"/>     | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

**C4. Comparando su visita de hoy a la visita que usted hizo a ésta práctica hace 12 meses o más, ¿siente usted que la cantidad de tiempo que su proveedor(a) de servicios de salud pasa con usted durante la visita a la oficina ha aumentado, disminuido o ha permanecido lo mismo?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- <sup>1</sup> ☐ Aumentado
- <sup>2</sup> ☐ Disminuido
- <sup>3</sup> ☐ Permanecido lo mismo

**C5. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez usted se comunicó por correo electrónico o “e-mail” con un(a) proveedor(a) de servicios de salud en ésta práctica médica para llenar o rellenar una prescripción o receta de medicamentos?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>0</sup> ☐ No

**C6. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez usted se comunicó por correo electrónico o “e-mail” con un(a) proveedor(a) de servicios de salud en ésta práctica médica para hacer una pregunta acerca de su salud o para obtener consejo médico?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- <sup>1</sup> ☐ Sí
- <sup>0</sup> ☐ No

## D: COORDINACIÓN DE ATENCIÓN O CUIDADO

Las próximas preguntas son acerca de cómo sus proveedores de servicios de salud comparten información sobre su atención o cuidado.

**D1. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez hubo un tiempo cuando usted pensó que alguno de sus proveedores de servicios de salud en ésta práctica médica no hablo suficientemente sobre su atención o cuidado con sus otros proveedores de servicios de salud en ésta práctica?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- <sub>1</sub> ☐ Sí
- <sub>0</sub> ☐ No
- <sub>n</sub> ☐ Solamente tiene un doctor en ésta práctica o no se necesitaba comunicación

**D2. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez hubo un tiempo cuando usted pensó que alguno de sus proveedores de servicios de salud en ésta práctica médica no hablo suficientemente sobre su atención o cuidado con sus otros proveedores de servicios de salud fuera de ésta práctica?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- <sub>1</sub> ☐ Sí
- <sub>0</sub> ☐ No
- <sub>n</sub> ☐ Solamente tiene un doctor o no se necesitaba comunicación

**D3. Si usted fue referido(a) a un(a) especialista durante los últimos 12 meses, ¿tenía (el/la) especialista la información que necesitaba de sus archivos médicos?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- <sub>1</sub> ☐ Sí
- <sub>0</sub> ☐ No
- <sub>n</sub> ☐ No fue referido(a) a un(a) especialista

| MARQUE UNA RESPUESTA POR LÍNEA |                            |                                       |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| SÍ                             | No                         | NA (no tuvo pruebas o procedimientos) |
| 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> | n <input type="checkbox"/>            |
| 1 <input type="checkbox"/>     | 0 <input type="checkbox"/> | n <input type="checkbox"/>            |

**D4. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez cualquiera de sus proveedores de servicios de salud no ha estado consciente de resultados de pruebas o procedimientos diagnósticos que otro proveedor había ordenado?**

## E. ANTECEDENTES PERSONALES

**Estas últimas preguntas son sobre usted y sus antecedentes personales.**

### E1. ¿Qué tipo de seguro de salud o seguro médico tiene usted?

**MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN**

- ☐ 1 Seguro de salud privado (por medio de un actual o previo empleador o sindicato o comprado por su cuenta o de su esposa(o) u otro miembro de su familia)
- ☐ 2 Medicare (el programa del gobierno para personas de 65 años de edad y mayores o para personas con incapacidades)
- ☐ 3 Medicaid o algún otro programa de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos
- ☐ 4 TRICARE, VA, Champ-VA, u otro tipo de servicio militar de salud
- ☐ 5 Indian Health Service – Servicio de Salud para Indios
- ☐ 6 No estoy cubierto(a) por seguro de salud (o seguro médico)

### E2. ¿Cuánta confianza tiene usted que sus archivos médicos (medical records) e información de salud personal en ésta práctica permanecen confidenciales?

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- ☐ 1 Mucha confianza
- ☐ 2 Algo de confianza
- ☐ 3 No mucha confianza
- ☐ 4 Nada de confianza

### E3. ¿Qué edad tiene usted?

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

- ☐ 1 18 a 24
- ☐ 2 25 a 34
- ☐ 3 35 a 44
- ☐ 4 45 a 54
- ☐ 5 55 a 64
- ☐ 6 65 a 74
- ☐ 7 75 ó más

E4. **¿Es usted hombre o mujer?**

1 ☐ Hombre

2 ☐ Mujer

E5. **¿Es usted de origen hispano o latino?**

1 ☐ Sí

0 ☐ No

E6. **¿Cuál es su raza? Por favor marque una o más categorías.**

**MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN**

1 ☐ Indio(a)-Americano(a) o Nativo(a) de Alaska

2 ☐ Asiático(a)

3 ☐ Negro(a) o Africano(a)-Americano(a)

4 ☐ Nativo(a) de Hawái o de otra Isla del Pacífico

5 ☐ Blanco(a)

E7. **¿Cuál es el más alto grado o año de escuela que usted completó?**

**MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA**

1 ☐ No completó escuela secundaria (high school) o GED (título de equivalencia)

2 ☐ Diploma de escuela secundaria (high school) o GED

3 ☐ Algo de universidad o escuela vocacional después de escuela secundaria

4 ☐ Título universitario de 4 años (Bachillerato)

5 ☐ Título de Graduado o Título profesional (por ejemplo: MA, MBA, Ph.D., JD, MD)

6 ☐ Otro tipo de título (*Por favor especifique*)

---

E8. **¿Es inglés el idioma que usted habla principalmente?**

1 ☐ Sí → **VAYA A LA PREGUNTA E10, PÁGINA 15**

0 ☐ No

E9. **¿Cuál es el idioma que usted habla principalmente?**

**E10. ¿Cuál es su estado civil actual?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Casado(a)/Viviendo como casado(a)
- 2 ☐ Separado(a)
- 3 ☐ Divorciado(a)
- 4 ☐ Viudo(a)
- 5 ☐ Nunca estuvo casado(a)

**E11. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyendo a usted mismo(a)?**

|\_|\_| PERSONAS EN EL HOGAR

**E12. ¿Cuál de los siguientes describe mejor a su actual estado de empleo?**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Trabaja a tiempo completo
- 2 ☐ Trabaja a tiempo parcial
- 3 ☐ No está trabajando, pero no está jubilado(a) (o retirado[a])
- 4 ☐ Jubilado(a) (o retirado[a])

**E13. Contando a todos en su hogar, ¿cuál fue el ingreso total de su hogar en 2009? Por favor incluya sueldos o salarios, beneficios, ganancias y todas las otras fuentes de ingresos.**

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 1 ☐ Menos de \$10,000
- 2 ☐ \$10,000 ó más, pero menos de \$30,000
- 3 ☐ \$30,000 ó más, pero menos de \$50,000
- 4 ☐ \$50,000 ó más, pero menos de \$75,000
- 5 ☐ \$75,000 ó más, pero menos de \$100,000
- 6 ☐ \$100,000 ó más

E14. ¿Alguien le ayudó a llenar esta encuesta?

<sup>1</sup> ☐ Sí

<sup>0</sup> ☐ No → **VAYA AL FIN**

E15. ¿Cómo le ayudó esa persona?

**MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN**

<sup>1</sup> ☐ Me leyó las preguntas

<sup>2</sup> ☐ Escribió las respuestas que yo di

<sup>3</sup> ☐ Contestó las preguntas de mi parte

<sup>4</sup> ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma

<sup>5</sup> ☐ Ayudó de alguna otra manera (*Por favor especifique*) \_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS POR HABER TOMADO EL TIEMPO PARA COMPLETAR ESTA ENCUESTA.  
POR FAVOR ENTREGUE SU ENCUESTA YA COMPLETADA (AL/A LA) REPRESENTANTE DE  
MATHEMATICA EN LA SALA DE ESPERA.**