Formed Approved

OMB No. 0920-0953

Exp. Date 12/31/2015

**World Trade Center Health Program**

**Cuestionario de Retroalimentación de los Miembros**

**Con el fin de garantizar que todos los miembros están recibiendo servicios de salud de buena de calidad, necesitamos sus comentarios completando este breve formulario. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar el World Trade Center (WTC) Health Program para su beneficio.**

**Por favor complete esta encuesta y devuélvala en el sobre franqueado y con su dirección adjunta O puede completar la encuesta en línea en** [**www.cdc.gov/wtc/survey**](http://www.cdc.gov/wtc/survey)**. Por favor, sólo completar la encuesta una vez.**

**Usted no tiene que poner su nombre en la encuesta ya que todas las respuestas son anónimas. Gracias por su tiempo.**

1. ¿Cuándo fue la última vez que visitó el Programa de Salud del WTC para un examen de seguimiento o tratamiento? Marque la respuesta que mejor aplique:

1……………………………..2………………………………3……………………………...4………………………………5

Dentro de Dentro de Dentro de Más Nunca

el último año los últimos 2 años los últimos 3 años de 3 años

1. Si usted no ha visitado el Programa de Salud del WTC en los últimos 2 años, por favor díganos por qué marcando TODAS las razones que apliquen a continuación:

\_\_ Me siento saludable

\_\_ Estoy muy enfermo

\_\_ Estoy demasiado ocupado

\_\_ Estoy viendo a mi propio doctor – por favor explique por qué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Inconvenientes de la clínica del Programa de Salud del WTC:

\_\_ El horario es inconveniente:

Por favor explique las horas que mejor funcionarian para usted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ La ubicación es incómoda (difícil de llegar, no hay estacionamiento/transporte público, etc.)

Explique brevemente el inconveniente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ El examen es demasiado largo

\_\_ Calidad de la Atención: Por favor explique el inconveniente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Barreras del idioma: Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Otros (Explique brevemente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si alguna vez se ha contactado con el centro de llamadas del Programa de Salud del WTC (1-888-982-4748), ¿Que tan satisfactoria fue su experiencia? Marque la respuesta que mejor aplique:

1………………………………..2……………………………3……………………………...4………………………………5

Muy Insatisfactoria Ni Satisfactoria Satisfactoria Muy

Insatisfactoria ni Insatisfactoria Satisfecha

Explique brevemente su respuesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se estima que para recopilar la información de este reporte público tomara un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Envíe sus comentarios acerca de este reporte público o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este reporte público a - CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-0953).

1. ¿Cuál cree que es la mejor manera para que los miembros reciban el Boletín de noticias del Programa de Salud del WTC? Por favor, marque la respuesta que mejor aplique.

\_\_ Copia en papel por correo

\_\_ Correo electrónico

\_\_ Página web ([www.cdc.gov/wtc/index.html](http://www.cdc.gov/wtc/index.html))

1. ¿Ha cambiado su estado de salud como resultado de los servicios que ha recibido del Programa de Salud del WTC? Marque la respuesta que mejor aplique:

1………………………………..2……………………………3……………………………...4………………………………5

 A Empeorado A Empeorado Ningún A Mejorado A Mejorado Mucho Algo Cambio Algo Mucho

1. Revise cada uno de los beneficios del Programa de Salud del WTC que se enumeran a continuación. Por favor clasifique **cada** punto individualmente sobre lo importante que usted piensa es cada beneficio, usando los siguientes: 1 - Muy importante; 2 - Importante; 3 - No es importante; o 4 - Sin opinión.

\_\_ Monitoreo anual \_\_ Beneficios de prescripción

\_\_ Tratamiento de la salud física \_\_ Tratamiento de la salud Mental

\_\_ Pertenecer a un programa que entiende mis necesidades únicas \_\_ Beneficios de consejería

1. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con el Programa de Salud del WTC? Marque la respuesta que mejor aplique:

1……………………………..2………………………………3……………………………...4………………………………5

 Muy Insatisfecho Ni Satisfecho Satisfecho Muy

 Insatisfecho ni Insatisfecho Satisfecho

1. ¿De cuál de las siguientes recibe atención?

\_\_ La Nationwide Provider Network (NPN) que es administrada por Logistics Health Inc. (LHI)

\_\_ Un Centro Clínico de Excelencia (CCE) en el área metropolitana de Nueva York. Por favor, compruebe el CCE que proporciona su cuidado.

\_\_ Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York (FDNY)

\_\_ Escuela de Medicina de Mount Sinai (MSSM)

\_\_ North Shore-LIJ

\_\_ NYC Health and Hospitals Corporation (HHC) WTC Centro de Salud Ambiental

\_\_ NYU Escuela de Medicina

\_\_ Escuela de Medicina Robert Wood Johnson de Rutgers EOHSI

\_\_ **Universidad de Estado de New York, Stony Brook (SUNY)**

1. Por favor use este espacio para proporcionar cualquier comentario adicional sobre su experiencia con el Programa de Salud del WTC, o para ofrecer sugerencias sobre cómo mejorar su experiencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_