

## ¡Gracias por su participación en el Programa de Salud del WTC en el Centro Clínico de Excelencia en el NYUSOM!

Agradeceríamos por favor su colaboración, con el fin de mejorar el Centro Clínico de Excelencia y poder proveer mejores servicios a nuestros pacientes. Por favor, ayúdenos contestando unas preguntas sobre su visita de monitoreo, sólo le llevara unos minutos. Esta encuesta es anónima. Agradecemos sus comentarios.

### Pregunta:

¿Cuándo fue su examen de monitoreo?

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### Pregunta:

¿Cuál fue el motivo de su visita? Por favor, marque todas las respuestas pertinentes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Preocupaciones de salud física    | <input type="radio"/> Deseo de Tratamiento en el Programa |
| <input type="radio"/> Preocupaciones de salud mental    | <input type="radio"/> Compensación de trabajadores        |
| <input type="radio"/> Seguimiento visita anual          | <input type="radio"/> Fondo de Compensación para víctimas |
| <input type="radio"/> Requerido por un miembro familiar | <input type="radio"/> Otro: _____                         |
| <input type="radio"/> Centralizar su cuidado médico     |   |

### Pregunta:

Por favor, indique por qué el NYU CCE era su mejor opción para su cuidado médico

---

---

---

---

### Pregunta:

Después del monitoreo, ¿fue usted referido a Tratamiento o a in seguimiento posterior?

Sí No

### Pregunta:

¿Aceptó usted su referido de tratamiento?

Sí No

### Pregunta:

¿Continuará usted participando en sus exámenes de monitoreo?

Sí No (Por favor indique por qué)

---

---

---

Por favor, evalúe cada componente de su experiencia de monitoreo, marcando un círculo alrededor de la reacción apropiada:

- ☹️ - Muy Insatisfecho
- 😞 - Insatisfecho
- 😐 - Un poco Insatisfecho
- 😌 - Neutro

- 🙂 - Un poco Satisfecho
- 😊 - Satisfecho
- 😄 - Muy Satisfecho
- N/A - No Aplica

Amabilidad del Personal

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Espirometría  
(Prueba de Función Pulmonar)

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Transmisión de los  
resultados del examen

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Puntualidad

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Laboratorio/Rayos X

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Proceso de Consentimiento

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Medicó

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Explicación de los  
Beneficios del Programa

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Experiencia en General

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Proveedor de  
Salud Mental

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

Valoración  
de la Exposición

☹️ 😞 😐 😌 😄 😊 😇 N/A

**Pregunta:**

Si usted selecciono que usted estaba "Un poco Insatisfecho", "Insatisfecho", o "Muy Insatisfecho" con uno o más componentes de su exploración, por favor, díganos por qué:

---



---



---

**Pregunta:**

¿Hay algo en que usted desearía que nosotros mejoráramos?

---



---



---

¡Muchas gracias por sus comentarios! Le valoramos como miembro y tomaremos en consideración sus respuestas, mientras seguimos proveyéndole cuidados y servicios en el futuro. En caso de que usted tenga cualquier pregunta relacionada con sus cuidados, usted puede ponerse en contacto con nuestro despacho y llamar, de lunes a viernes, de 9 de la mañana a 5 de la tarde, al teléfono (212) 263-7335.

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 2 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to - CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-0953).