



Encuesta sobre su Centro de Apoyo al Paciente de Be The Match®

Instrucciones: Hace poco estuvo en contacto (por teléfono o correo electrónico) con el Centro de Apoyo al Paciente de Be The Match®. Le pedimos que se tome 5 minutos para responder a esta encuesta. Sus comentarios nos ayudarán a mejorar nuestros servicios para futuros pacientes y sus familias.

La participación en la encuesta es voluntaria. Sus respuestas son confidenciales. Si tiene preguntas sobre la encuesta, llámenos al 1-888-999-6743 o envíe un mensaje por correo electrónico a pacienteinfo@nmdp.org.

1. En términos generales, ¿cómo calificaría su experiencia con el Centro de Apoyo al Paciente de Be The Match?

- Muy buena
 Buena
 Ni buena ni mala
 Mala
 Muy mala

Díganos por qué eligió esa calificación: _____

2. En las siguientes preguntas, seleccione un puntaje desde 5 para “Muy de acuerdo” hasta 1 para “Muy en desacuerdo”. Si una opción no corresponde en su caso, seleccione 0 para “NC”.

Gracias al Centro de Apoyo al Paciente, siento que...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	NC
Confío más en mi capacidad de sobrellevar el tratamiento	5	4	3	2	1	0
Tengo más esperanzas	5	4	3	2	1	0
Estoy menos solo	5	4	3	2	1	0
Conozco más	5	4	3	2	1	0

recursos						
Estoy más informado sobre las opciones de tratamiento	5	4	3	2	1	0
Me han respondido mis preguntas	5	4	3	2	1	0

Comentarios adicionales:

3. ¿Qué dificultades, si las hubo, está enfrentando con las que Be The Match no pudo ayudarle?

[open]

4. En una escala del 0 al 10, ¿qué probabilidad hay de que recomiende el Centro de Apoyo al Paciente de Be The Match a otras personas en su situación?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No es probable que lo recomiende

Es sumamente probable que lo recomiende

Díganos por qué eligió esa calificación: _____

5. Be The Match quiere compartir comentarios anónimos obtenidos en esta encuesta en materiales promocionales. ¿Estaría dispuesto a que compartamos sus comentarios de manera anónima con fines públicos?

Sí

No

Información sobre usted. Sus respuestas nos ayudan a crear recursos que satisfagan sus necesidades particulares. Todas las respuestas son confidenciales.

6. Su género:

- Hombre
- Mujer
- Otro, especifique:
- Prefiero no responder

715. Su edad (en años):

- 18 o menos
- 19-23
- 24-30
- 31-40
- 41-50
- 51-64
- 65 o más
- Prefiero no responder

8. Su raza: *Marque todas las que correspondan.*

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco
- Otra, especifique: _____
- Prefiero no responder

9. Su origen étnico

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino
- Prefiero no responder

1018. Su máximo nivel de estudios:

- Secundaria
- Graduado o doctorado

- Asociado Otro, indique cuál:

- Universitario o licenciatura Prefiero no responder

11. ¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor?

- Paciente Familiar (que no es el cuidador principal)
- Cuidador principal Amigo (que no es el cuidador principal)
- Otro, especifique:

Gracias por responder a esta encuesta. Sus comentarios nos ayudan a que nuestros programas y servicios sean lo más útiles posible.

Sírvase devolver la encuesta en el sobre con franqueo postal pagado suministrado, o enviarla por correo a:

Be The Match® Patient Support Center

500 N. 5th Street

Minneapolis, MN 55401-1206

¿Preguntas? Póngase en contacto con nosotros llamando al:

Sin cargo: 1-888-999-6743

Correo electrónico: pacienteinfo@nmdp.org

Public Burden Statement: 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. The OMB control number for this information collection is 0906-0004 and it is valid until XX/XX/202X. This information collection is voluntary. Public reporting burden for this collection of information is estimated to average .167 hours per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 or paperwork@hrsa.gov.