

**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, llamenos al 1-888-999-6743 o envíe un mensaje por correo electrónico a [pacienteinfo@nmdp.org](mailto:patientinfo@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 |

calificaciónDíganos por qué eligió esa :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 recursos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 0 |
| 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 10 9 8 7 6 5 4 3 2

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

**7 Su edad (en años):.~~15~~**

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

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

❒ Otra, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ Prefiero no responder

**9S**

i

❒ Prefiero no responder

**10~~18~~. Su máximo nivel de estudios:**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ Secundaria  ❒ Asociado  ❒ o licenciatura Universitario | ❒ o doctorado Graduado  ❒, indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro  ❒ Prefiero no responder |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ Paciente  ❒ Cuidador principal | ❒ Familiar (que no es el 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](mailto:patientinfo@nmdp.org)