

OMB No.: 0906–0004-REVISION, Fecha de vencimiento: XX/XX/202X

Declaración de carga pública: Como contratista del Programa de Trasplante de Células C.W. Bill Young (CWBYCTP) la Oficina de Abogacía al Paciente (OPA), el Programa Nacional de Donantes de Médula (NMDP) está obligado a realizar encuestas para evaluar la satisfacción con los servicios prestados. El NMDP obtendrá retroalimentación de pacientes, cuidadores y familiares que tuvieron contacto con el Centro de Apoyo al Paciente del NMDP/Be The Match® al recibir servicios, educación y apoyo con respecto al trasplante de médula y sangre del cordón umbilical. Los resultados de esta encuesta se utilizarán para desarrollar programas e informar la asignación de recursos. El número de control OMB para esta recopilación de información es 0906–0004-REVISION y la cuál es válida hasta el XX/XX/202X. La recopilación de esta información es voluntaria y cumple totalmente con las Pautas 5 CFR 1320.5 El tiempo o esfuerzo de proveer información pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.17 horas por respuesta (10 minutos), incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Oficial de Autorización de Informes de HRSA, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).

**1. En términos generales, ¿cómo calificaría 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. Para los siguientes enunciados por favor escoja una opción, desde “Completamente de acuerdo” hasta “Completamente en desacuerdo”. Si algún enunciado no se aplica a usted, por favor escoja “NA” (No Aplica).**

**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.						
Tengo más esperanzas.						
Estoy menos solo.						
Conozco más recursos.						
Estoy más informado sobre las opciones de tratamiento.						
Me han respondido mis preguntas.						

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  
recomiende

Es sumamente probable que lo

Díganos por qué eligió esa calificación: \_\_\_\_\_

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

**5. ¿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)
- Otra, especifique: \_\_\_\_\_

**6. Su género:**

Hombre

Mujer

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

Prefiero no responder

**7. Su edad (en años):**

13 o menos

14-18

19-23

24-30

31-40

41-50

51-64

65 o más

Prefiero no responder

**8. Su origen étnico::**

Hispano o latino

Ni hispano ni latino

Prefiero no responder

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

Indígena norteamericano o native de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Blanco

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

Prefiero no responder

**10. Su máximo nivel de estudios:**

Secundaria

- Asociado
- Bachiller o menos
- Graduado o doctorado
- Otra, especifique: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**11. 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

**Gracias por dedicarle tiempo a esta encuesta.**

**Su respuesta se ha registrado.**