

Número de OMB: 0938-1240  
Fecha de vencimiento: 30 de noviembre de 2024

# Encuesta CAHPS sobre la cirugía externa o ambulatoria (OAS CAHPS®)

UNA ENCUESTA DE PACIENTES SOBRE LA EXPERIENCIA CON LA ATENCIÓN DE CIRUGÍAS Y  
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

DE ACUERDO A LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRABAJO ADMINISTRATIVO DE 1995 (PAPERWORK REDUCTION ACT OF 1995), NINGUNA PERSONA TIENE LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER A UN CUESTIONARIO QUE SOLICITE INFORMACIÓN, A MENOS QUE LLEVE UN NÚMERO DE CONTROL DE OMB (OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTO) VÁLIDO. EL NÚMERO DE CONTROL OMB VÁLIDO PARA ESTE CUESTIONARIO ES 0938-1240 CON UNA FECHA DE VENCIMIENTO DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024. SE ESTIMA QUE EL TIEMPO PROMEDIO NECESARIO PARA COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO ES DE 8 MINUTOS POR RESPUESTA, INCLUYENDO EL TIEMPO PARA REVISAR LAS INSTRUCCIONES, BUSCAR EN LAS FUENTES DE DATOS EXISTENTES, RECOPIRAR LOS DATOS NECESARIOS, COMPLETAR Y REVISAR LA INFORMACIÓN RECOPIADA. SI TIENE ALGÚN COMENTARIO SOBRE LA EXACTITUD DEL TIEMPO ESTIMADO O SUGERENCIAS PARA MEJORAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR ESCRIBA A: CMS, 7500 SECURITY BOULEVARD, ATTN: PRA REPORTS CLEARANCE OFFICER, MAIL STOP C4-26-05, BALTIMORE, MARYLAND 21244-1850.

## **INSTRUCCIONES PARA LA ENCUESTA**

Conteste todas las preguntas marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de su respuesta.

A veces se le pide que salte algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que ir, de esta manera:

- Sí  
 No → Si contestó “No”,  
pase a la pregunta 1

Esta encuesta pregunta acerca de sus experiencias en el centro ambulatorio que se menciona en la carta de presentación. Para esta encuesta, usamos el término “procedimiento” para procedimientos de diagnóstico, cirugías u otros procedimientos. Nos referimos al “centro ambulatorio” como el lugar en donde se realizó su procedimiento.

**Por favor, responda las preguntas solo para el/los procedimiento(s) que tuvo en la fecha que se incluye en la carta de presentación. No incluya ningún otro procedimiento en sus respuestas.**

### **I. ANTES DEL PROCEDIMIENTO**

Las primeras preguntas son acerca de la preparación para su procedimiento. **Incluya cualquier información que haya recibido antes o en el día del procedimiento.**

1. Antes del procedimiento, ¿le dio un doctor o alguien del centro ambulatorio toda la información que necesitaba acerca de su procedimiento?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

2. Antes del procedimiento, ¿le dio un doctor o alguien del centro ambulatorio instrucciones fáciles de entender sobre lo que necesitaba para prepararse para su procedimiento?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

### **II. ACERCA DEL CENTRO AMBULATORIO Y EL PERSONAL**

Las siguientes preguntas se refieren al día de su procedimiento.

3. ¿Fue fácil el proceso de registro?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

4. ¿Estaba limpio el centro ambulatorio?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

5. ¿Le ayudó el personal administrativo y de recepción del centro ambulatorio tanto como usted pensaba que debían hacerlo?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

6. ¿Le trató el personal administrativo y de recepción del centro ambulatorio con cortesía y respeto?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

7. ¿Le trataron los doctores y enfermeras con cortesía y respeto?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

8. ¿Se aseguraron los doctores y enfermeras que usted estuviera tan cómodo como fuera posible?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

### **III. COMUNICACIÓN SOBRE SU PROCEDIMIENTO**

**Le recordamos que por favor incluya cualquier información que haya recibido ya sea antes o en el día del procedimiento.**

9. ¿Le explicaron los doctores y enfermeras el procedimiento de tal manera que fue fácil de entender?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

10. La anestesia es algo que le haría sentir sueño o dormir durante el procedimiento. ¿Le dieron anestesia?

- 1  Sí  
2  No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 13**

11. ¿Le explicó el doctor o alguien del centro ambulatorio el proceso de dar anestesia de tal manera que fue fácil de entender?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

12. ¿Le explicó el doctor o alguien del centro ambulatorio los posibles efectos secundarios de la anestesia de tal manera que fuera fácil de entender?

- 1  Sí, definitivamente  
2  Sí, algo  
3  No

13. Las instrucciones al ser dado de alta incluyen observar los síntomas después de su procedimiento, instrucciones sobre los medicamentos y cuidado en el hogar. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿recibió instrucciones por escrito al darle de alta?

- 1  Sí  
2  No

#### **IV. SU RECUPERACIÓN**

14. ¿Le preparó el doctor o alguien del personal del centro ambulatorio sobre qué esperar durante su recuperación?

- 1  Sí, definitivamente
- 2  Sí, algo
- 3  No

**Las siguientes preguntas se refieren a posibles resultados que usted podría tener durante la recuperación. Para algunos procedimientos no es necesario que reciba esta información. Responda según lo que recuerde.**

15. Algunas maneras para controlar el dolor incluyen medicamentos recetados, medicamentos para el dolor de venta libre o bolsas de hielo. ¿Su doctor o alguien del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tenía dolor como resultado de su procedimiento?

- 1  Sí
- 2  No

16. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo dolor debido al procedimiento?

- 1  Sí
- 2  No

17. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tenía náusea o vómitos?

- 1  Sí
- 2  No

18. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo náusea o vómitos como resultado del procedimiento o la anestesia?

- 1  Sí
- 2  No

19. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si sangraba como resultado del procedimiento?

- 1  Sí
- 2  No

20. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo sangrado como resultado del procedimiento?

- 1  Sí
- 2  No

21. Posibles señales de infección incluyen fiebre, hinchazón, calor, secreción o enrojecimiento. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tuviera señales de infección?

- 1  Sí
- 2  No

22. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo señales de infección?

- 1  Sí
- 2  No

## V. SU EXPERIENCIA GENERAL

23. Usando un número del 0 al 10, en donde 0 es el peor centro ambulatorio posible y 10 es el mejor centro ambulatorio posible, ¿qué número usaría para calificar éste centro ambulatorio?

- 0 Peor centro ambulatorio posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mejor centro ambulatorio posible

24. ¿Recomendaría este centro ambulatorio a sus amistades y familia?

- 1  Definitivamente no
- 2  Probablemente no
- 3  Probablemente sí
- 4  Definitivamente sí

## VI. ACERCA DE USTED

25. En general, ¿cómo calificaría su salud general?

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

26. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

27. ¿Cuál es el nivel o año escolar más avanzado que usted ha completado?

- 1  8 años de escuela o menos
- 2  9-12 años de escuela, pero sin graduarse
- 3  Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria, preparatoria o su equivalente (o GED)
- 4  Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- 5  Título universitario de 4 años
- 6  Título universitario de más de 4 años

28. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- 1  Sí, soy de origen hispano, latino o español
- 2  No, no soy de origen hispano, latino o español → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 30**

29. ¿Cuál grupo lo(a) describe mejor?

- 1  Mexicano, mexicano americano, chicano
- 2  Puertorriqueño
- 3  Cubano
- 4  Otro origen hispano, latino o español

30. ¿Cuál es su raza? Puede seleccionar una o más categorías.

- 1  Blanca
- 2  Negra o afroamericana
- 3  Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- 4  India asiática
- 5  China
- 6  Filipina
- 7  Japonesa
- 8  Coreana
- 9  Vietnamita
- 10  Otra raza asiática
- 11  Nativa de Hawái
- 12  Procedente de Guam o Chamorro
- 13  Samoana
- 14  Otra raza de las islas del Pacífico

31. ¿Qué tan bien habla usted inglés?

- 1  Muy bien
- 2  Bien
- 3  No bien
- 4  Nada

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- 1  Inglés
- 2  Español
- 3  Chino
- 4  Ruso
- 5  Vietnamita
- 6  Portugués
- 7  Alemán
- 9  Algún otro idioma

33. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

- 1  Sí
- 2  No → **Si contestó No, vaya al FINAL.**

34. ¿De qué manera le ayudó esa persona? Marque todas las respuestas que correspondan.

- 1  Me leyó las preguntas
- 2  Anotó las respuestas que le di
- 3  Contestó las preguntas por mi
- 4  Me tradujo las preguntas a mi idioma
- 5  Me ayudó de alguna otra manera:  
(EXPLIQUE):

*(Favor de usar letra tipo imprenta.)*

- 6  Nadie me ayudó a completar esta encuesta

**FINAL**