



OMB No.: 0906–0004-REVISION

Fecha de vencimiento: [TBD]

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 d/b/a NMDP (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 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 31 de Octubre del 2026. 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 0.075 horas por respuesta (4.5 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 la HRSA, 5600 Fishers Lane, Room 13N82, Rockville, Maryland, 20857 o paperwork@hrsa.gov. Por favor, consulte <https://www.hrsa.gov/about/508-resources> para conocer la declaración de accesibilidad digital de HRSA.

1. En términos generales, ¿cómo calificaría el Centro de Apoyo al Paciente de NMDP?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Ni buena ni mala
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

Por favor 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...



OMB No.: 0906-0004-REVISION

Fecha de vencimiento: **TBD**

	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 respondido mis preguntas.						

Comentarios adicionales:

3. ¿Qué dificultades, si las hubo, está enfrentando con las que NMDP 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 NMDP 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: _____

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



OMB No.: 0906-0004-REVISION

Fecha de vencimiento: [TBD]

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 edad (en años):

- ☐ 13 o menos
- ☐ 14-18
- ☐ 19-23
- ☐ 24-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-64
- ☐ 65 o más
- ☐ Prefiero no responder

7. Su origen étnico:

- ☐ Hispano/a o latino/a
- ☐ Ni hispano/a ni latino/a
- ☐ Prefiero no responder

8. Su raza: Marque todas las que correspondan.

- ☐ Indígena norteamericano/a o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco/a



OMB No.: 0906-0004-REVISION

Fecha de vencimiento: [TBD]

☐ Otra, especifique: _____

☐ Prefiero no responder

9. Su máximo nivel de estudios:

☐ Secundaria

☐ Asociado

☐ Algunos cursos universitarios

☐ Bachiller o menos

☐ Graduado o doctorado

☐ Otra, especifique: _____

☐ Prefiero no responder

10. NMDP 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.