

Encuesta sobre experiencia de los pacientes con la atención primaria

ENCUESTA SOBRE EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES DE [NAME OF OFFICE/CLINIC]

Se le invita a participar en esta encuesta porque recientemente visitó [NAME OF OFFICE/CLINIC]. Sus respuestas a las preguntas de esta encuesta nos ayudarán a mejorar la atención que brindamos. Esta encuesta tiene seis secciones y completarla llevará aproximadamente 5 minutos.

La participación en la encuesta es totalmente voluntaria, y todas sus respuestas a las preguntas de la encuesta serán confidenciales.

A. ¿Usted completa esta encuesta en nombre propio o de otra persona?

- Completo esta encuesta en nombre propio
- Completo esta encuesta en nombre de otra persona

B. Si completa esta encuesta en nombre de otra persona, ¿para quién la completa?

- Completo esta encuesta para un familiar o amigo
- Completo esta encuesta para el paciente o cliente
- Otra persona (*especifique su relación con el paciente, no su nombre*): _____

YOUR LOGO HERE

Sección 1: La comunicación con nosotros

P1. ¿Cómo se concertó la cita para su visita más reciente?

- No tenía una cita, simplemente fui (**PASE A LA PREGUNTA P2b**)
- Llamé para concertarla
- Mandé un correo electrónico para concertarla
- La concerté en mi última visita
- Ustedes me llamaron para concertarla
- Otra forma (*especifique*): _____

P2	Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	La cantidad de tiempo que pasó entre el día en que concertó su cita y la visita que acaba de realizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Su experiencia <u>general</u> al acceder al consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 2: Llegada y espera en el consultorio/la clínica

Pensando todavía en su visita más reciente...

P3	En una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la recepción/sala de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Su experiencia general con nuestro personal de recepción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la sala de reconocimiento hasta que pudo hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 3: Su cita

Pensando todavía en su visita más reciente...

P4	Pensando en el PRINCIPAL proveedor de atención médica con el que habló durante la visita, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría a esta persona en lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	Conocía su historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Escuchó sus inquietudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Hablaba usando un lenguaje que usted comprendía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

d.	Le explicó las cosas de una manera fácil de entender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Se mostró sensible a sus necesidades y preferencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	Le trató con dignidad y respeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.	Le dio instrucciones claras sobre lo que tenía que hacer después de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Su experiencia general al hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 4: Su experiencia general con su visita más reciente

P5	Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
a.	La limpieza general del consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	La comodidad física general del consultorio/la clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Su confianza en el médico/proveedor de atención médica al que consultó durante la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Su confianza en que su información de la salud se trataba con el nivel de privacidad que usted espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Su experiencia general con la visita que realizó a nuestro consultorio/clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 5: Sus experiencias al visitar nuestro consultorio/clínica en el último año

Las primeras preguntas a continuación son similares a las que le hicimos antes. Sin embargo, en lugar de pensar en su visita más reciente, quisiéramos que piense en términos más amplios... en sus experiencias con nuestro centro **A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO.**

P6	La última vez que estuvo enfermo/a o preocupado/a por tener un problema de salud...		
a.	¿Consiguió una cita en la fecha que quería?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
b.	¿Cuántos días pasaron desde la primera vez que trató de ver a su médico o enfermero practicante y el momento en que efectivamente VIO a este profesional u otra persona en su consultorio?	<input type="radio"/> El mismo día <input type="radio"/> El día siguiente <input type="radio"/> 2-19 días (ingrese la cant. de días: ___) <input type="radio"/> 20 días o más <input type="radio"/> No corresponde (no sé/no deseo contestar)	

P7	Cuando visita a su médico o enfermero practicante, ¿con qué frecuencia ellos u otra persona del consultorio...?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
a.	Le dan la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

	recomendado					
b.	Le dejan participar en la medida en que usted lo desea en las decisiones sobre su atención y tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Le dedican suficiente tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P8	En el último año...				
a.	¿Recibió atención de uno o más proveedores de atención médica en un lugar distinto de este consultorio ?	<input type="radio"/>	Sí (Vaya a la P5.4)	<input type="radio"/>	No (PASE a la P5.5)

P9	Pensando en el o los proveedores de atención médica que ha visitado en los diferentes lugares donde recibió atención en el último año, ¿con qué frecuencia...?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
a.	Cada uno de ellos parecía conocer su historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Cada uno de ellos parecía tener los resultados de sus pruebas o exámenes más recientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Fueron coherentes respecto a lo que le dijeron sobre su atención y tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Parecían trabajar bien en conjunto para brindarle atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P10	Pasando a otro tema, la última vez que necesitó atención médica por la noche, un fin de semana o un día feriado, ¿cuán fácil fue recibir atención sin ir al departamento de emergencias?	Muy difícil	Algo difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	No corresponde
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 6: Contexto/información demográfica

P11	En general, ¿cómo calificaría su salud?	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P12. ¿Cuánto tiempo hace que visita nuestro centro para recibir atención médica?

- Menos de seis meses
- Entre seis meses y un año
- Entre uno y tres años

YOUR LOGO HERE



- Entre tres y cinco años
- Más de cinco años

P13. Haciendo un cálculo aproximado, ¿cuántas veces visitó nuestro centro en el último año para recibir atención médica?

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

P14. ¿Recomendaría nuestros servicios a sus familiares o amigos? Marque solo **UNA** respuesta.

- Definitivamente no
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Definitivamente sí

**Si desea hacer comentarios adicionales,
use el siguiente espacio:**

COMENTARIOS (OPCIONAL)

Pensando en su experiencia general con nuestro consultorio/clínica, mencione:

a. Dos cosas que se hagan especialmente bien:

- 1. _____
- 2. _____

b. Dos cosas que podrían mejorarse

- 1. _____
- 2. _____

¿Hay alguna otra información o comentario que desee compartir con nosotros, que pudiera ayudarnos a mejorar nuestro modo de brindar atención?

Gracias por completar nuestra encuesta.