



## ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EXPERIENCIAS DE PACIENTES

### PACIENTES DADOS DE ALTA RECIENTEMENTE 2013

Para la Administración de Veteranos llevar a cabo su misión de proveer el mejor cuidado médico y servicios a todos los veteranos es extremadamente importante que usted llene y devuelva esta encuesta. Sus respuestas serán de gran importancia para que todos los veteranos reciban los servicios de salud que se han ganado y que merecen.

Por favor lea cada pregunta y marque el encasillado que mejor describa su experiencia. Asegúrese de leer todas las páginas de esta encuesta.

Las respuestas a las preguntas de esta encuesta que usted provea en los encasillados no serán conectadas a usted personalmente sino combinadas con las opiniones de otros veteranos y compartidas con la facilidad VA que provee su cuidado. No obstante, cualquier información adicional que usted provea, incluyendo comentarios escritos en los márgenes, cartas, y cualquier otra información incluida será compartida con el Director del Centro Médico o personal adecuado en su facilidad si ésta es la mejor manera de responder a sus preocupaciones, a menos que usted nos indique que no la comparta.

La participación es voluntaria y sus contestaciones en la encuesta no van a afectar el cuidado de salud que usted recibe o su elegibilidad para beneficios de VA.

Si tiene alguna pregunta específica o necesita ayuda con el cuidado de salud que recibe en la Administración de Veteranos, puede comunicarse directamente con la Administración de Veteranos como se describe al final de este cuestionario.

¡Muchas gracias!

**La Acta de Reducción de Papeleo del 1995:** Esta información es recolectada de acuerdo con la sección 3507 de la Acta de Reducción de Papeleo del 1995. De acuerdo a esta Acta, nosotros no podemos llevar a cabo o auspiciar, y usted no está requerido a responder a una colección de información a menos que esta tenga un número válido de OMB. Anticipamos que el tiempo promedio que le tomará a una persona responder a este cuestionario es de 15 minutos. Esto incluye el tiempo de leer las instrucciones, juntar los datos necesarios y llenar el cuestionario. Los Estudios de Satisfacción de Consumidores se utilizan para medir la percepción del cliente respecto a los servicios de la Administración de Veteranos, así como sus expectativas y deseos. Los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos ayudando a darle dirección y foco a programas y servicios específicos. La Administración de Veteranos solamente compartirá data estadística y otra información no identificada con su persona para el mejoramiento de los servicios dentro del sistema de cuidado de la salud de la Administración de Veteranos y para otros propósitos administrativos relacionados. Completar y devolver este formulario es voluntario y el no hacerlo no tendrá impacto alguno en los beneficios a los que usted tiene derecho.

### \*\*\* SOBRE SU HOSPITALIZACION RECIENTE \*\*\*

Estamos al tanto que usted puede recibir cuidado en más de una localidad de la Administración de Veteranos. Sin embargo, es importante que usted conteste las preguntas de este estudio basándose en su estadía en el Hospital de la Administración de Veteranos descrito abajo:

## INSTRUCCIONES

- Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo hospitalizado durante la estancia que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- Conteste todas las preguntas marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

☐ Sí

☒ No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 1**

***El número en la carta de cubierta de esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios.***

***Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-25 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #2900-0712***

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en otro hospital.

### **EL CUIDADO QUE RECIBÍÓ DE LAS ENFERMERAS**

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?  
☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?  
☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?  
☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?  
☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre  
☐ Nunca usé el botón

## EL CUIDADO QUE RECIBÍO DE LOS DOCTORES

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre

## EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre

## SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?
- ☐ Sí  
☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 12
11. ¿ Con qué frecuencia, le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó medicamentos para el dolor?
- ☐ Sí  
☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15
13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le controlaban bien el dolor?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia hacía el personal del hospital todo lo que podía para aliviar su dolor?
- ☐ Nunca  
☐ A veces  
☐ La mayoría de las veces  
☐ Siempre
15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?
- ☐ Sí  
☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 18

16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para qué era el medicamento?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

#### **CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL**

---

18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?

- ☐ A mi casa
- ☐ A la casa de otra persona
- ☐ A otra institución de salud → Si contestó "Otra", pase a la pregunta 21

19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?

- ☐ Sí
- ☐ No

20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?

- ☐ Sí
- ☐ No

#### **CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL**

---

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en otro hospital.

21. Usando un número del 0 al 10 el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- ☐ 0 El peor hospital posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 El mejor hospital posible

22. ¿Les recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

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

#### **CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN QUE NECESITARÍA CUANDO SALIERA DEL HOSPITAL**

---

23. Durante esta vez que estuve en el hospital, el personal tuvo en cuenta mis preferencias y las de mi familia o mi cuidador al decidir qué atención necesitaría cuando saliera del hospital.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo

**24. Cuando salí del hospital entendía bien qué cosas del control de mi salud eran responsabilidad mía.**

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo

**25. Cuando salí del hospital había entendido claramente la razón por la que tomaba cada una de mis medicinas.**

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No me dieron ninguna medicina cuando salí del hospital

**Nos gustaría conseguir algunos detalles adicionales sobre algunos de los temas que ya le preguntamos. Estas preguntas son un poco diferente porque miran a estos temas de una manera diferente.**

#### **PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE SU EXPERIENCIA**

---

**26. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia se trató de una manera confidencial la información sobre usted?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

**27. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia las enfermeras le demostraron respeto a lo que usted tenía que decir?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

**28. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia usted sintió que las enfermeras realmente se preocuparon por usted no solo como paciente sino como persona?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

**29. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia usted diría que los médicos demostraron respeto por lo que usted tenía que decir?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

**30. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia sintió usted que los médicos realmente se preocuparon por usted no solo como paciente sino como persona?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

**31. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿estaban los proveedores dispuestos a hablar con su familia o amigos sobre su salud o tratamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

**32. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para hablar o comprender a sus doctores u otros proveedores de salud porque ustedes hablaron diferentes idiomas?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

33. Si usted pudiera tener el cuidado de salud gratis fuera de VA, ¿usted escogería hospitalizarse aquí otra vez?
- ☐ Definitivamente no
  - ☐ Probablemente no
  - ☐ Probablemente sí
  - ☐ Definitivamente sí
34. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia los proveedores de cuidado de la salud parecían informados y al tanto sobre el cuidado que usted recibió de otros proveedores en el hospital?
- ☐ Nunca
  - ☐ A veces
  - ☐ La mayoría de las veces
  - ☐ Siempre
35. ¿Hubo ocasiones cuando usted se sintió confundido porque diferentes proveedores le dijeron cosas diferentes?
- ☐ Sí, siempre
  - ☐ Sí, algunas veces
  - ☐ No
36. ¿Sabía usted a quién dirigirse cuando usted tenía preguntas sobre el cuidado de su salud?
- ☐ Sí, siempre
  - ☐ Sí, algunas veces
  - ☐ No
37. Durante esta vez que estuvo en el hospital, cuando había mas de una opción para su tratamiento o cuidado de su salud, ¿los proveedores le preguntaron cuál opción era la mejor para usted?
- ☐ Sí
  - ☐ No
38. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿los proveedores hablaron con usted sobre las ventajas y desventajas de cada opción disponible para su tratamiento o cuidado de su salud?
- ☐ Sí
  - ☐ No

## SOBRE COMUNICACION CON VA

39. ¿Tuvo usted alguna queja sobre la forma en que usted fue tratado (medicamente o personalmente) durante su última hospitalización?
- ☐ Sí
  - ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 45
40. Si usted reportó esta queja a alguien en la localidad de VA donde usted recibió su cuidado, ¿a quién le reportó esta queja?
- ☐ Equipo de Tratamiento → pase a la pregunta 42
  - ☐ Procurador del Paciente → pase a la pregunta 42
  - ☐ Otro personal de VA → pase a la pregunta 42
  - ☐ No reportó la queja a un empleado de VA
41. Si usted no reportó esta queja, ¿Cuál es la razón más importante por qué no reportó esta queja? (Por favor marque solamente una.)
- ☐ Yo no sabía donde quejarme.
  - ☐ Yo tuve miedo de lo que podía pasar si me quejaba.
  - ☐ Yo pensé que quejándome no valdría la pena.
  - ☐ Yo no estaba seguro si yo tenía el derecho de quejarme.
  - ☐ Otro
42. Si usted tuvo una queja, ¿le fue fácil encontrar a alguien que oyera su queja?
- ☐ Muy fácil
  - ☐ Fácil
  - ☐ Difícil
  - ☐ Muy difícil
  - ☐ No Aplica



43. Si usted habló con alguien en su localidad VA sobre su queja, ¿qué tan satisfecho estuvo usted con la manera que su queja fue manejada?

- ☐ Muy Satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Muy Insatisfecho
- ☐ No Aplica

44. ¿Cuánto tiempo le tomó al Hospital VA resolver su queja?

- ☐ El mismo día
- ☐ 2-7 días
- ☐ 8-14 días
- ☐ 15-21 días
- ☐ Más de 21 días
- ☐ La queja no ha sido resuelta
- ☐ No Aplica

---

#### ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

45. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿lo admitieron al hospital a través de la sala de emergencias?

- ☐ Sí
- ☐ No

46. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

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

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

48. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

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

49. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- ☐ No, ni hispano ni latino
- ☐ Sí, Puertorriqueño
- ☐ Sí, Mexicano, Mexicano- Americano, Chicano
- ☐ Sí, Cubano
- ☐ Sí, otro hispano/latino

50. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o Afro Americana
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
- ☐ Indígena Americana o Nativa de Alaska

51. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- ☐ Inglés
  - ☐ Español
  - ☐ Chino
  - ☐ Ruso
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Algún otro idioma (*Escriba su respuesta usando letra de molde*):
-

Si usted tiene preguntas específicas o necesita ayuda con el cuidado de salud en VA, puede comunicarse con la VA:

1. Por Teléfono:
  - a. Beneficios VA: 1-800-██████████0
  - b. Beneficios de Cuidado de Salud: 1-877-██████████
  - c. Aparato de Telecomunicaciones para Sordos (TDD): 1-800-██████████
2. Información Amplia sobre beneficios para veteranos se encuentra en nuestra página web en: <http://www.va.gov>
3. En su Centro Médico VA local, puede comunicarse con el Departamento que usted crea puede ayudarlo o puede comunicarse con el Procurador del Paciente.

Si usted tiene una pregunta específica sobre esta encuesta de HCAHPS, llame al 1-866-██████████.

Si usted tiene una pregunta específica sobre algo con excepción de esta encuesta de HCAHPS, refiera por favor a las opciones del contacto arriba.

**Sus contestaciones son muy importantes para ayudarnos a mejorar el cuidado de la salud en VA. Gracias por completar este cuestionario. Por favor coloque el cuestionario completado en el sobre que le enviamos. No se requieren sellos. Sencillamente eche el sobre en cualquier buzón y devuelva el cuestionario a:**

**Department of Veterans Affairs**

c/o ██████████  
P.O. Box ██████████  
██████████

*Nota: Las preguntas 1-22 y 45-51 forman parte de la encuesta Hospital CAHPS y son obra del Gobierno de los EE.UU. Dichas preguntas son de dominio público y por lo tanto NO están sujetas a las leyes de derechos de autor de los EE.UU. Las tres preguntas de Care Transitions Measure® (Preguntas 23-25) son propiedad de The Care Transitions Program® ([www.caretransitions.org](http://www.caretransitions.org)) que tiene los derechos.*