



ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EXPERIENCIAS DE PACIENTES CUIDADO AMBULATORIO 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 valido de OMB. Anticipamos que el tiempo promedio que le tomará a una persona responder a este cuestionario es de 25 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 RECIENTE VISITA A UNA FACILIDAD DE VA

Nuestro registro indica que recientemente usted visitó la facilidad del VA descrita abajo. Más tarde en la encuesta se le pedirá que haga referencia a esta información:

Facility: <<FACILITY NAME>>

Date of discharge: <<DATE OF DISCHARGE>>

<<BARCODE>>

<<Sort Position(1)>>

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA ENCUESTA

Conteste todas las preguntas haciendo una marca en el encasillado a la izquierda de su contestación. Asegúrese de hacer la marca de su respuesta dentro del encasillado. Favor de utilizar bolígrafo azul o negro, o un lápiz.

En algunas ocasiones se le indicará que salte o pase algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto suceda usted verá una flecha con una nota indicándole cuál es la próxima pregunta que debe contestar. Ver ejemplo:

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si Contesta No, Pase a la Pregunta 1*

Usted puede notar un número en la cubierta de esta encuesta. Este número es SOLAMENTE para dejarnos saber que usted nos devolvió su encuesta.

EL CUIDADO DE SU SALUD EN EL VA DURANTE LOS PASADOS 12 MESES

Por favor piense en todo el cuidado de salud que usted ha recibido de VA en los pasados 12 meses.

1. En los pasados 12 meses ¿ha sufrido usted una enfermedad, herida o condición que ha necesitado cuidado inmediato en una clínica, sala de emergencia, o la oficina de un doctor?

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si No, Pase a la Pregunta 3*

2. En los pasados 12 meses, cuando usted ha necesitado cuidado inmediato, ¿cuán a menudo usted ha recibido ese cuidado tan pronto como usted pensó que lo necesitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

3. En los pasados 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó cuidado inmediato, ¿hizo usted una cita en una clínica u oficina de doctor para recibir cuidado de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si No, Pase a la Pregunta 5*

4. En los pasados 12 meses, sin contar las veces que usted necesitó cuidado inmediato, ¿cuán a menudo le dieron a usted una cita tan pronto usted pensó que la necesitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

5. En los pasados 12 meses, sin contar las veces que usted fue a una Sala de Emergencia, ¿cuántas veces usted fué a una oficina de un doctor ó a una clínica a recibir cuidados de salud?

- ☐ Ninguna
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 a 9
- ☐ 10 o más

6. Un proveedor de salud puede ser un doctor generalista, un especialista, un enfermero/a practicante, un asistente médico, un enfermero/a, o cualquier otra persona a quien usted vería para su cuidado de salud. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo usted y un doctor u otro proveedor de salud del VA han hablado sobre cosas específicas que usted puede hacer para prevenir enfermedades?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

7. Las opciones para su tratamiento o salud pueden también incluir opciones de medicinas, cirugías y otros tratamientos. En los pasados 12 meses, ¿algún doctor o un proveedor de salud del VA le ha dicho a usted que hay más de una opción disponible para su tratamiento o cuidado de su salud?

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si No, Pase a la Pregunta 10*

8. En los pasados 12 meses, ¿algún doctor o proveedor de salud del VA habló con usted sobre las ventajas y desventajas de cada opción disponible para su tratamiento o cuidado de su salud?

- ☐ Definitivamente Sí
- ☐ Algo Sí
- ☐ Algo No
- ☐ Definitivamente No

9. En los pasados 12 meses, cuando había más de una opción para su tratamiento o cuidado de su salud, ¿algún doctor o proveedor de salud del VA le preguntó cuál opción era la mejor para usted?

- ☐ Definitivamente Sí
- ☐ Algo Sí
- ☐ Algo No
- ☐ Definitivamente No

10. Utilizando cualquier número entre el 0 y el 10, donde el 0 significa el peor cuidado de salud posible y el 10 significa el mejor cuidado de salud posible, ¿qué número utilizaría usted para calificar todo el cuidado de salud que usted ha recibido en el VA en los pasados 12 meses?

- ☐ 0 Peor cuidado de salud posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Mejor cuidado de salud posible

11. En los pasados 12 meses, ¿usted ha tratado de conseguir algún cuidado, pruebas o tratamientos a través de VA?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 13

12. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo le fué fácil a usted recibir a través de VA el cuidado, prueba o tratamiento que usted pensó que necesitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

SU DOCTOR O ENFERMERO/A PERSONAL EN EL VA
--

13. Un doctor o enfermero/a personal es el que usted visita cuando necesita un chequeo, una recomendación sobre un problema de su salud, o si esta enfermo ó herido. ¿Tiene usted una persona en el VA que usted considera su doctor o enfermero/a personal?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 21

14. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces visitó usted a su doctor o enfermero/a personal del VA para atender el cuidado de su salud?

- ☐ Ninguna → Si Ninguna, Pase a la Pregunta 20
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 a 9
- ☐ 10 o más

15. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo su doctor o enfermero/a personal del VA le explicó las cosas de una forma que usted pudiera entender?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

16. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo su doctor o enfermero/a personal del VA lo escuchó a usted cuidadosamente?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

**SOBRE SU EXPERIENCIA CON ESPECIALISTAS
EN EL VA**

17. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo tuvo dificultad para hablar o comprender a su doctor o enfermero/a personal del VA porque ustedes hablaron diferentes idiomas?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

18. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo su doctor o enfermero/a personal del VA le demostró respeto al escuchar lo que usted tenía que decir?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

19. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo su doctor o enfermero/a personal del VA le dedicó tiempo suficiente a usted en la visita?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

20. Utilizando cualquier número entre el 0 y el 10, donde el 0 significa el peor doctor o enfermero/a personal posible y el 10 significa el mejor doctor o enfermero/a personal posible, ¿qué número utilizaría usted para calificar a su doctor o enfermero/a personal del VA?

- ☐ 0 Peor doctor o enfermero/a personal posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Mejor doctor o enfermero/a personal posible

21. Los especialistas son doctores como cirujanos, cardiólogos, alergistas, dermatólogos y otros doctores que se especializan en un área de cuidado de salud. En los pasados 12 meses, ¿usted trató de hacer una cita para ver un especialista del VA?

- ☐ Sí
- ☐ No → *Si No, Pase a la Pregunta 25*

22. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo le fue fácil a usted conseguir una cita con un especialista del VA?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas Veces
- ☐ Usualmente
- ☐ Siempre

23. ¿Cuántos especialistas del VA ha usted visto en los pasados 12 meses?

- ☐ Ninguno → *Si Ninguno, Pase a la Pregunta 25*
- ☐ 1 especialista del VA
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 o más especialistas del VA

24. Deseamos conocer la calificación que usted le da al especialista del VA que usted mayormente vió en los pasados 12 meses. Utilizando cualquier número entre el 0 y el 10, donde el 0 significa el peor especialista posible y el 10 significa el mejor especialista posible, ¿qué número utilizaría usted para calificar ese especialista del VA?

- ☐ 0 Peor especialista posible
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Mejor especialista posible

USO DE LA FARMACIA DE VA

25. En los pasados tres meses, cuando lo vieron en <<FACILITY NAME>>, ¿Visitó usted la ventana de la farmacia para pacientes ambulatorios para llenar su receta(s)?

- ☐ Si
☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 28
☐ No hay una ventana de Farmacia para pacientes ambulatorios en esta facilidad → Si No, Pase a la Pregunta 28

26. Para cada parte de su visita a la farmacia del VA, por favor indique la cantidad de mejoras que necesita, si alguna:

	No Necesita Mejorías	Necesita Una Leve Mejoría	Necesita Algunas Mejorías	Necesita Muchas Mejorías	No Aplica
a. La cantidad de tiempo que esperó en la farmacia del VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sus preguntas fueron contestadas a su satisfacción por el personal de la farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La cortesía del personal de la farmacia del VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La privacidad personal en la sala de espera de la farmacia del VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La comodidad y limpieza en la sala de espera de la farmacia del VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comunicándose con la farmacia del VA por teléfono cuando tiene preguntas sobre su medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comunicándose con su proveedor de salud del VA cuando tiene preguntas sobre su medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. En general, ¿Cuán satisfecho estuvo usted con los servicios farmacéuticos prestados en la ventana de la farmacia para pacientes ambulatorios de <<FACILITY NAME>> durante los pasados tres meses?

- ☐ Muy satisfecho
☐ Satisfecho
☐ Ni satisfecho, ni insatisfecho
☐ Insatisfecho
☐ Muy insatisfecho

28. En los pasados tres meses, ¿Recibió usted medicinas o provisiones de la farmacia del VA por correo?

- ☐ Si
☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 31

29. Por favor díganos sobre las medicinas o provisiones que recibió por correo de la farmacia del VA, ¿cuán a menudo le ocurrieron estas cosas?

	Nunca	Algunas Veces	Usualmente	Siempre
a. Recibí las medicinas o provisiones incorrectas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La medicina o provisiones eran para otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La cantidad de medicina o provisiones recibida fué demasiado pequeña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La cantidad de medicina o provisiones recibida fué demasiado grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El paquete no trajo medicina o provisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El paquete estaba dañado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La medicina en el paquete estaba demasiado caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. La medicina en el paquete estaba demasiado fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hubo un cambio inexplicado con la medicina o las provisiones que recibí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. En general, ¿Cuán satisfecho estuvo usted con los servicios por correo que recibió de la farmacia del VA en los últimos tres meses?

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Ni satisfecho, ni insatisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

SU RECIENTE VISITA A LA FACILIDAD DEL VA
Nosotros reconocemos que usted puede recibir cuidado en más de una localidad del VA. Sin embargo, es importante que usted conteste las próximas preguntas basadas en la facilidad y fecha de visita indicada en la primera página de esta encuesta.

31. ¿Cuál fue la razón para su reciente visita? (Puede escoger más de una razón.)

- ☐ Examen físico de rutina
- ☐ Seguimiento de rutina
- ☐ Empeoramiento de un problema de largo plazo
- ☐ Buscar ayuda para un problema nuevo
- ☐ Relleno o “refill” de receta
- ☐ Otro

32. En el día de su cita, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar en línea para apuntarse?

- ☐ No tuve que esperar
- ☐ 1 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ 21 a 30 minutos
- ☐ 31 a 60 minutos
- ☐ Más de una hora

33. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar usted entre la hora que estaba señalada su cita hasta la hora que finalmente lo atendieron?

- ☐ No tuve que esperar
- ☐ 1 a 10 minutos
- ☐ 11 a 20 minutos
- ☐ 21 a 30 minutos
- ☐ 31 a 60 minutos
- ☐ Más de una hora

Las siguientes preguntas nos ayudarán a entender su opinión relacionada con algunas características de la facilidad de VA indicada en la primera página de este folleto:

34. ¿Cómo usted calificaría los siguientes aspectos de la sala de examen o tratamiento?:

	Pobre	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente	No Aplica
a. Limpieza de la sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Privacidad mientras en la sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nivel de ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentido de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿Cómo usted calificaría los siguientes aspectos del equipo y facilidades:

	Pobre	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente	No Aplica
a. Limpieza del area de espera o recepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Limpieza de los baños o lavatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Disponibilidad de estacionamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cómo usted calificaría en general el edificio de la clínica. (i.e. apariencia atractiva de la facilidad, calidad de mantenimiento del edificio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De acuerdo a su satisfacción, ¿cómo calificaría usted la conveniencia de la localización de las facilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Considerando todos los aspectos, ¿cuán satisfecho estuvo usted con el cuidado de su salud que recibió en el VA en su visita reciente?

- ☐ Completamente satisfecho
- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Algo Satisfecho
- ☐ Ni satisfecho, ni insatisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho
- ☐ Completamente insatisfecho

SOBRE COMUNICACION CON VA

37. ¿Tuvo usted alguna queja sobre la forma en que usted fue tratado (médicamente o personalmente) durante su última visita de cuidado de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta 43

38. 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 40
- ☐ Procurador del Paciente → Pase a la Pregunta 40
- ☐ Otro personal de VA → Pase a la Pregunta 40
- ☐ No reportó la queja a un empleado de VA

39. 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

40. Si usted tuvo una queja, ¿cuán fácil fue para usted encontrar a alguien que oyera su queja?

- ☐ Muy fácil
- ☐ Fácil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No Aplica

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

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

42. ¿Cuánto tiempo le tomó a la localidad de 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

SOBRE USTED

43. En general, ¿cómo usted calificaría su estado de salud total?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy Buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Pobre

44. ¿Ha recibido usted una vacuna para la influenza desde el 1 de Septiembre del 2013?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

45. Si usted no recibió una vacuna para la influenza desde Septiembre del 2013, ¿porqué no? Indique la razón PRINCIPAL:

- ☐ Le dijeron que no era elegible para recibir la vacuna de la influenza este año debido a la escasez
- ☐ La vacuna para la influenza no estaba disponible y no la recibió en otro lugar
- ☐ Recomendación médica de no recibir la vacuna de la influenza (debido a razones como alergias o enfermedad)
- ☐ No tuvo tiempo/ No logró ir
- ☐ Era inconveniente recibirla en el VA
- ☐ No le gustan las agujas/ inyecciones
- ☐ Yo creo que puede causar que me enferme
- ☐ No cree en la vacuna/ Prefiere otros métodos de prevención
- ☐ No pensó que usted necesitaba la vacuna para la influenza
- ☐ No quería la vacuna para la influenza
- ☐ Yo planeo recibir mi vacuna para la influenza en una fecha futura
- ☐ Otra

46. ¿Dónde recibió usted su vacuna para la influenza?

- ☐ En el VA (tanto como en el hospital, en una clínica o en una unidad móvil)
- ☐ Centro de Veteranos
- ☐ Un hospital no VA, clínica, oficina de un doctor, un enfermero/a que da visitas, o en el Departamento de Salud
- ☐ En la comunidad (la farmacia, la iglesia, el colmado, etc.)
- ☐ Otro
- ☐ No recuerdo

47. ¿Ha usted recibido alguna vez una inyección para la pulmonía? Esta inyección se da una o dos veces en la vida de una persona y es diferente a la inyección para la influenza. También se le llama vacuna neumocócica.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

48. ¿Usted ahora, fuma cigarrillos o usa tabaco diariamente, algunos días, o nunca?
- ☐ Todos los días
 - ☐ Algunos días
 - ☐ No fuma → *Si No fuma, Pase a la Pregunta 52*
 - ☐ No sabe → *Si No sabe, Pase a la Pregunta 52*

49. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo el doctor de VA o el proveedor de salud de VA le aconsejó que dejara de fumar o de usar tabaco?
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas Veces
 - ☐ Usualmente
 - ☐ Siempre

50. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo un doctor de VA o un proveedor de salud de VA discutió con usted o le recomendó medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar o dejar de usar tabaco? Ejemplos de medicamentos son: chiclets de nicotina, parches, spray nasal, inhalador o medicamentos recetados.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas Veces
 - ☐ Usualmente
 - ☐ Siempre

51. En los pasados 12 meses, ¿cuán a menudo su doctor de VA o el proveedor de salud de VA discutió con usted o le recomendó métodos y estrategias aparte de medicamentos para asistirlo a usted a dejar de fumar o dejar de usar tabaco? Ejemplos de métodos y estrategias son: línea telefónica de ayuda, consejería individual o en grupo, o un programa de cesación.
- ☐ Nunca
 - ☐ Algunas Veces
 - ☐ Usualmente
 - ☐ Siempre

52. ¿Toma usted aspirina todos los días o cada dos días?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe

53. ¿Tiene usted un problema de salud o toma usted medicinas que le hacen peligroso tomar aspirina?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe

54. ¿Alguna vez un doctor de VA o un proveedor de salud de VA discutió con usted los riesgos y beneficios de tomar aspirina para prevenir un paro cardíaco o un derrame cerebral?
- ☐ Sí
 - ☐ No

55. ¿Está usted conciente de que tiene algunas de las condiciones siguientes? Marque todas las que apliquen.
- ☐ Colesterol Alto
 - ☐ Presión Alta
 - ☐ Padres o hermanos/as que han tenido un paro cardíaco antes de los 60 años

56. ¿Alguna vez el doctor de VA le ha dicho que usted tiene alguna de las condiciones siguientes? Marque todas las que apliquen.
- ☐ Un paro cardíaco
 - ☐ Anginas o enfermedad coronaria del corazón
 - ☐ Un derrame cerebral
 - ☐ Cualquier clase de diabetes o la azúcar alta

57. ¿Cuán a menudo ha tomado una bebida que contiene alcohol en los pasados 12 meses? Considere que una “bebida” puede ser una lata o botella de cerveza, una copa de vino, un wine cooler, un cocktail o un trago de licor (como scotch, ginebra, ron o vodka).

(Por favor marque solamente una.)

- ☐ Nunca → *Si Nunca, Pase a la Pregunta 61*
 - ☐ Mensualmente o menos
 - ☐ 2–4 veces al mes
 - ☐ 2–3 veces a la semana
 - ☐ 4–5 veces a la semana
 - ☐ 6 o más veces a la semana
58. ¿Cuántos tragos o bebidas que contienen alcohol tomó usted en un día típico en el cual usted bebió en los pasados 12 meses?
- ☐ 0 tragos o bebidas (No he bebido en los pasados 12 meses) → *Si 0, Pase a la Pregunta 61*
 - ☐ 1–2 tragos o bebidas
 - ☐ 3–4 tragos o bebidas
 - ☐ 5–6 tragos o bebidas
 - ☐ 7–9 tragos o bebidas
 - ☐ 10 o más tragos o bebidas

59. **¿Cuán a menudo usted ha tomado 6 o más tragos o bebidas con alcohol en una sola ocasión en los pasados 12 meses?**

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de mensualmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Diariamente o casi diariamente

60. **En los pasados 12 meses, ¿un doctor de VA u otro proveedor de cuidado de salud de VA le ha aconsejado a usted sobre su forma de beber (que tome menos o no tome alcohol)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

61. **Las siguientes dos preguntas tratan sobre actividades que usted pueda realizar durante un día típico. Su *salud ahora*, ¿*lo limita* de realizar estas actividades? Si lo limita, ¿cuánto lo limita?**

a. **Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, bolear, o jugar golf**

- ☐ Sí, muy limitado
- ☐ Sí, limitado un poco
- ☐ No, nada de limitado

b. **Subir varios tramos de escaleras**

- ☐ Sí, muy limitado
- ☐ Sí, limitado un poco
- ☐ No, nada de limitado

62. **Durante las pasadas 4 semanas, ¿ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas con su trabajo u otra actividad diaria regulares *por resultado de su salud física*?**

a. **¿Ha logrado menos de lo que usted esperaba?**

- ☐ No, nunca del tiempo
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ Sí, alguna parte del tiempo
- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo
- ☐ Sí, todo el tiempo

b. **¿Se ha limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?**

- ☐ No, nunca del tiempo
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ Sí, alguna parte del tiempo
- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo
- ☐ Sí, todo el tiempo

63. **Durante las pasadas 4 semanas, ¿ha tenido usted cualquiera de los siguientes problemas con su trabajo u otra actividad diaria regulares *por resultado de problemas emocionales (tales como sentirse deprimido o ansioso)*?**

a. **¿Ha logrado menos de lo que usted esperaba?**

- ☐ No, nunca del tiempo
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ Sí, alguna parte del tiempo
- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo
- ☐ Sí, todo el tiempo

b. **¿No ha podido trabajar o llevar a cabo otras actividades tan *cuidadosamente* como usualmente lo hacía?**

- ☐ No, nunca del tiempo
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ Sí, alguna parte del tiempo
- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo
- ☐ Sí, todo el tiempo

64. **Durante las pasadas 4 semanas, ¿cuánto interfirió el *dolor* con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de la casa como el trabajo de la casa)?**

- ☐ En nada
- ☐ Un poco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Extremadamente

65. ¿Cuánta parte del tiempo durante las pasadas 4 semanas:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Alguna parte del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca del tiempo
a. Se ha sentido usted calmado y en paz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha tenido usted mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se ha sentido descorazonado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. ¿Cuánta parte del tiempo durante las pasadas 4 semanas su estado de *salud física o problemas emocionales* han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- ☐ Sí, todo el tiempo
- ☐ Sí, la mayor parte del tiempo
- ☐ Sí, alguna parte del tiempo
- ☐ Sí, un poco del tiempo
- ☐ No, nunca del tiempo

67. ¿Ha sido usted tratado por un proveedor de VA por dolor crónico en los pasados 12 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No

68. Si usted ha sido tratado por un proveedor de VA para dolor crónico, por favor califique la efectividad del tratamiento por el dolor

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy Bueno
- ☐ Excelente

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

- ☐ Octavo Grado o menos
- ☐ Algunos años de Escuela Superior, pero no me gradué
- ☐ Graduado de Escuela Superior o examen equivalente
- ☐ Algunos años de Colegio o Grado Asociado
- ☐ Graduado 4 años de Colegio/Universidad
- ☐ Post Graduado

70. ¿Es usted de descendencia Hispana o de origen Latino?

- ☐ Sí, Hispano o Latino
- ☐ No, no Hispano o Latino

71. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Blanco
- ☐ Negro o Afro Americano
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska

72. ¿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: 1-800-827-██████

b. Beneficios de Cuidado de Salud: 1-877-222-██████

c. Aparato de Telecomunicaciones para Sordos (TDD): 1-800-829-██████

2. Encuentre información amplia sobre los beneficios para veteranos 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.

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 ██████
████████████████████