



OMB Número 2900-0712  
Tiempo Estimado: 11 minutos  
VA Forma 10-1465-10

## ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EXPERIENCIAS DE PACIENTES ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA EN 2016

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 los que son responsables de administrar la Atención Comunitaria del VA. No obstante, cualquier información adicional que usted provea, incluyendo comentarios escritos en los márgenes, cartas, y cualquier otra información incluida será compartida con el personal adecuado en su facilidad VA 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 11 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.

Versión: 24S – 0516

<<barcode(1)>>

<<Sort Position(1)>>



## INSTRUCCIONES PARA EL CUESTIONARIO

- 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 → Si contestó “Sí”, pase a la pregunta #1

☐ No

### SU ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA

Este cuestionario es sobre la Atención Comunitaria del VA (por ejemplo, el programa Veterans Choice). La Atención Comunitaria del VA se refiere a toda la atención prestada, a los Veteranos elegibles, fuera del sistema médico de VA pero pagada completamente o en parte por VA.

Por el resto de este cuestionario, utilizaremos “Atención Comunitaria del VA” o “este servicio” para referirnos al servicio de salud prestado por la Atención Comunitaria del VA que está indicado en la pregunta 1.

1. Según nuestros registros, en los últimos 3 meses usted recibió Atención Comunitaria del VA para el tipo de cuidado de salud indicado a continuación:

<<CATCARE\_GROUP\_CL>>

¿Es correcta esta información?

- ☐ Sí  
☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta #42

2. ¿Cuándo comenzó a recibir este servicio?

- ☐ En los últimos 3 meses  
☐ En los últimos 4-6 meses  
☐ En los últimos 7-12 meses  
☐ En más de un año  
☐ No estoy seguro

### SU ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA

Para un Veterano recibir Atención Comunitaria del VA él debe de cumplir requisitos de elegibilidad. Las próximas preguntas se refieren a su experiencia mientras se determinaba su elegibilidad para Atención Comunitaria del VA.

Por favor díganos cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones:

3. Los requisitos de elegibilidad para Atención Comunitaria del VA están claros.

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

4. La información que está disponible acerca de la elegibilidad para Atención Comunitaria del VA es útil.

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

**SU REFERIDO MÉDICO Y OBTENIENDO SU PRIMERA CITA PARA ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA**

Por favor díganos cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones:

5. Me explicaron claramente el proceso para hacer mi primera cita para este servicio.
- ☐ Muy en desacuerdo  
☐ En desacuerdo  
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
☐ De acuerdo  
☐ Muy de acuerdo
6. Estaba claro de quien era responsable por el proceso de hacer mi primera cita para este servicio.
- ☐ Muy en desacuerdo  
☐ En desacuerdo  
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
☐ De acuerdo  
☐ Muy de acuerdo
7. Yo tuve suficiente decir en la selección de un proveedor de Atención Comunitaria del VA para este servicio.
- ☐ Muy en desacuerdo  
☐ En desacuerdo  
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
☐ De acuerdo  
☐ Muy de acuerdo
8. Yo tuve suficiente decir en la selección de la fecha y la hora de mi primera cita para este servicio.
- ☐ Muy en desacuerdo  
☐ En desacuerdo  
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
☐ De acuerdo  
☐ Muy de acuerdo

9. Conseguí mi primera cita para este servicio tan pronto como la necesitaba.

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

10. Conseguir mi primera cita para este servicio fue fácil.

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

11. Yo entiendo el proceso a seguir para conseguir Atención Comunitaria del VA, incluyendo determinando la elegibilidad, encontrando un proveedor, y haciendo una cita.

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

**SUS CITAS RECIENTES PARA ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA**

A continuación díganos sobre su experiencia durante los últimos 3 meses consiguiendo citas para el servicio cuyo nombre aparece en la Pregunta 1.

12. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usted recibió este servicio?

- ☐ Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta #42  
☐ 1 vez  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5 a 9 veces  
☐ 10 veces o más

13. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para este servicio tan pronto como necesitaba?

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

14. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia consiguió una cita para este servicio en una fecha y hora que era conveniente para usted?

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

15. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia consiguió este servicio en una localización que era conveniente para usted?

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

**SU EXPERIENCIA CON LA ATENCIÓN  
COMUNITARIA DEL VA**

Las siguientes preguntas se refieren sólo a su experiencia con su proveedor de Atención Comunitaria del VA, y a la coordinación de estos servicios con sus proveedores en VA en los últimos 3 meses.

16. El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia empezaron las consultas con su proveedor de Atención Comunitaria del VA antes de que pasaran 15 minutos de la hora de su cita?

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

17. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

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

18. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA le escuchó con atención?

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

19. En los últimos 3 meses, ¿habló con su proveedor de Atención Comunitaria del VA sobre alguna pregunta o inquietud médica?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta #21

20. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA le dio información fácil de entender sobre esas preguntas o inquietudes médicas?

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

21. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA parecía saber la información importante sobre sus antecedentes médicos?

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

22. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA parecía estar informado y al tanto de la atención que recibió usted de los profesionales médicos de VA?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé
- ☐ No aplica → Si contestó “No aplica,” pase a la pregunta #24

23. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su profesional(es) médicos de VA parecían estar informados y al tanto de la atención que usted recibió de su proveedor de Atención Comunitaria del VA?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé

24. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estuvo claro cuál era el próximo paso a seguir en el cuidado de su salud?

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

25. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

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

26. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia su proveedor de Atención Comunitaria del VA pasó suficiente tiempo con usted?

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

27. En los últimos 3 meses, ¿le mandó este proveedor de Atención Comunitaria del VA hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a la pregunta #30

28. En los últimos 3 meses, cuando este proveedor de Atención Comunitaria del VA le mandó hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien de la oficina de este proveedor de Atención Comunitaria del VA se comunicó con usted para darle los resultados?

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

29. En los últimos 3 meses, cuando este proveedor de Atención Comunitaria del VA le mandó hacerse una prueba de sangre, rayos X, o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia fueron los resultados enviados también al VA?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé

30. En los últimos 3 meses, cuando llamó por teléfono a la oficina de su proveedor de Atención Comunitaria del VA durante las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica ese mismo día?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No aplica

31. En los últimos 3 meses, cuando llamó por teléfono a la oficina de su proveedor de Atención Comunitaria del VA después de las horas normales de oficina, ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica tan pronto como lo necesitaba?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No aplica

32. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor proveedor posible y el 10 el mejor proveedor posible, ¿qué número usaría para calificar a su proveedor de Atención Comunitaria del VA?

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

#### FACTURACIÓN POR LA ATENCIÓN COMUNITARIA DEL VA

Las siguientes preguntas son sobre cualquier factura o pagos de bolsillo relacionados a su Atención Comunitaria del VA.

33. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estuvo claro si tendría o no que hacer un pago de bolsillo por su Atención Comunitaria del VA?

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

34. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estuvo clara la información sobre la facturación por la Atención Comunitaria del VA?

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

35. En los últimos 3 meses, ¿ha recibido alguna factura por su Atención Comunitaria del VA?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta #37

36. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia el proceso de facturación por la Atención Comunitaria del VA ha ido sin problemas?

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

**SU EXPERIENCIA TOTAL CON LA ATENCIÓN  
COMUNITARIA DEL VA**

Por favor conteste la pregunta siguiente pensando en su experiencia total con la Atención Comunitaria del VA, incluyendo la determinación de elegibilidad, el proceso de encontrar un proveedor y pedir citas, la atención recibida por el proveedor, y la facturación.

**37. En general, ¿cuán satisfecho está con su Atención Comunitaria del VA?**

- ☐ Muy insatisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Algo satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Muy satisfecho

**SU EXPERIENCIA TOTAL CON EL DEPARTAMENTO  
DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS**

Ahora piense en su experiencia con todos los servicios proporcionados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (que incluyen cuidado de salud, programas de beneficios o servicios fúnebres).

Por favor díganos cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones:

**38. Recibí el servicio que necesitaba.**

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

**39. Fue fácil obtener el servicio que necesitaba.**

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

**40. Me sentí como un cliente valorado.**

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

**41. Yo confío que VA va a cumplir con la obligación de nuestro país a los Veteranos.**

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

**ACERCA DE USTED**

**42. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?**

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

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

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



**44. Bajo cuál de los siguientes tipos de seguro médico o plan de salud está usted cubierto en este momento? Marque todos los que apliquen.**

- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ Tricare, Indian Health Service, u otro plan médico del gobierno(sin incluir VA)
- ☐ Plan de salud privado o del trabajo
- ☐ Ninguno, no tiene plan de salud

**45. ¿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 (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

**46. Es usted de origen o ascendencia Hispana o Latina?**

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

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

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o Afro-Americana
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico
- ☐ Indígena Americana o Nativa de Alaska
- ☐ Otra

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: 1-800-827-1000
  - b. Beneficios de Cuidado de Salud: 1-877-222-8387
  - c. Aparato de Telecomunicaciones para Sordos (TDD): 1-800-829-4833
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.

**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 Ipsos  
P.O. Box 806046  
Chicago, IL 60680**