



OMB Número 2900-0712
Tiempo Estimado: 26 minutos
VA Forma 10-1465-6

ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EXPERIENCIAS DE PACIENTES CUIDADO AMBULATORIO 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 cuadrado 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 cuadrillos 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 26 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: 45S – 0416

<<barcode(1)>>

<<Sort Position(1)>>



Instrucciones para el cuestionario

Conteste cada pregunta 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 cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

☒ Sí → Si contestó “Sí”, pase a #1

☐ No

Su profesional médico

1. Según nuestros registros, usted recibió atención médica en los últimos 6 meses del profesional médico cuyo nombre aparece a continuación.

<<prov_name_fin(1)>>

¿Es correcta esta información?

☐ Sí

☐ No → Si contestó “No”, pase a #61

Las preguntas de este cuestionario se van a referir al profesional médico cuyo nombre aparece en la pregunta 1 como “este profesional médico.” Por favor piense en ese profesional médico al contestar las preguntas de la encuesta.

2. ¿Es este el profesional médico al que usted va generalmente si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima?

☐ Sí

☐ No

3. ¿Cuánto tiempo hace que ha estado yendo a este profesional médico?

☐ Menos de 6 meses

☐ Al menos 6 meses pero menos de 1 año

☐ Al menos 1 año pero menos de 3 años

☐ Al menos 3 años pero menos de 5 años

☐ 5 años o más

La atención que recibió de este profesional médico en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca la atención médica que usted ha recibido. No incluya la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. No incluya las consultas al dentista.

4. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a este profesional médico para recibir atención médica para usted mismo?

☐ Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a #44

☐ 1 vez

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 a 9

☐ 10 veces o más

5. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita debido a una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual necesitaba atención inmediata?

☐ Sí

☐ No → Si contestó “No”, pase a #8

6. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita para recibir atención inmediata, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
7. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días tuvo que esperar usualmente para una cita cuando necesitaba atención inmediata?
- ☐ El mismo día
☐ 1 día
☐ De 2 a 3 días
☐ De 4 a 7 días
☐ Más de 7 días
8. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un chequeo o una consulta regular con este profesional médico?
- ☐ Sí
☐ No → Si contestó “No”, pase a #10
9. En los últimos 6 meses, cuando hizo una cita para un chequeo o una consulta regular con este profesional médico, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
10. ¿Le dio el consultorio de este profesional médico información sobre qué hacer en caso de necesitar atención médica durante la noche, los fines de semana o los días feriados?
- ☐ Sí
☐ No
11. En los últimos 6 meses, ¿necesitó atención médica en las noches, los fines de semana o los días feriados?
- ☐ Sí
☐ No → Si contestó “No”, pase a #13
12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo usted conseguir la atención médica que necesitaba del consultorio de este profesional médico en las noches, los fines de semana o los días feriados?
- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre
13. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico durante las horas normales de oficina para hacer una pregunta médica?
- ☐ Sí
☐ No → Si contestó “No”, pase a #15
14. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico 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
15. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico después de las horas normales de oficina para hacer una pregunta médica?
- ☐ Sí
☐ No → Si contestó “No”, pase a #17

16. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico 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

17. Algunos consultorios les recuerdan a los pacientes de exámenes, tratamientos o citas antes de su siguiente visita. En los últimos 6 meses, ¿recibió algún recordatorio entre una cita y otra del consultorio de este profesional médico?

- ☐ Sí
- ☐ No

18. El tiempo de espera incluye el tiempo en la sala de espera y en el cuarto de consulta. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia empezaron las consultas con este profesional médico antes de que pasaran 15 minutos de la hora de su cita?

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

19. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le explicó las cosas de una manera fácil de entender?

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

20. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le escuchó con atención?

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

21. En los últimos 6 meses, ¿habló con este profesional médico sobre alguna pregunta o inquietud médica?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #23

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le dio información fácil de entender sobre esas preguntas o inquietudes médicas?

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

23. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico parecía saber la información importante sobre sus antecedentes médicos?

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

24. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

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

25. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico pasó suficiente tiempo con usted?

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

26. En los últimos 6 meses, ¿le mandó este profesional médico hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #28

27. En los últimos 6 meses, cuando este profesional médico le mandó hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de este profesional médico se comunicó con usted para darle los resultados?

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

28. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y este profesional médico sobre comenzar o suspender una medicina recetada?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #32

29. Cuando hablaron de comenzar o suspender una medicina recetada, ¿qué tanto habló este profesional médico sobre las razones por las que querría tomar una medicina?

- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Mucho

30. Cuando hablaron de comenzar o suspender una medicina recetada, ¿qué tanto habló este profesional médico sobre las razones por las que tal vez no quiera tomar una medicina?

- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Mucho

31. Cuando hablaron de comenzar o suspender una medicina recetada, ¿le preguntó este profesional médico sobre lo que usted creía que sería lo mejor para usted?

- ☐ Sí
- ☐ No

32. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor profesional médico posible y el 10 el mejor profesional médico posible, ¿qué número usaría para calificar a este profesional médico?

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

33. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #35

34. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia habló usted con alguien de este consultorio médico acerca de todas las medicinas recetadas que usted estaba tomando?

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

35. Los especialistas son doctores que se especializan en un área de la medicina. Pueden ser cirujanos, doctores especialistas en el corazón, las alergias, la piel, y otras áreas. En los últimos 6 meses, ¿fue a un especialista por un problema de salud en particular?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #37

36. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia el profesional médico que se mencionó en la pregunta 1 parecía estar informado y al tanto de la atención que recibió usted de los especialistas?

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

Por favor conteste estas preguntas sobre el profesional médico que se mencionó en la pregunta 1 en este cuestionario.

37. En los últimos 6 meses, ¿habló con usted alguien del consultorio de este profesional médico sobre metas específicas para su salud?

- ☐ Sí
☐ No

38. En los últimos 6 meses, ¿le preguntó alguien del consultorio de este profesional médico si hay cosas que le dificultan el cuidado de su salud?

- ☐ Sí
☐ No

39. En los últimos 6 meses, ¿le preguntó alguien del consultorio de este profesional médico si hubo un periodo de tiempo durante el cual usted se sintió triste, vacío o deprimido?

- ☐ Sí
☐ No

40. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y alguien del consultorio de este profesional médico sobre las cosas de su vida que le preocupan o le causan estrés?

- ☐ Sí
☐ No

41. En los últimos 6 meses, ¿hablaron usted y alguien del consultorio de este profesional médico sobre problemas personales, un problema familiar, uso de alcohol, uso de drogas o una enfermedad mental o emocional?

- ☐ Sí
☐ No

Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico

42. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?

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

43. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le trataron con cortesía y respeto?

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

La atención que recibió de médicos especialistas en los últimos 6 meses

Estas preguntas son acerca la atención médica que usted ha recibido. No incluya la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. No incluya las consultas al dentista.

44. Los especialistas son doctores que se especializan en un área de la medicina. Pueden ser cirujanos, doctores especialistas en el corazón, las alergias, la piel, y otras áreas. En los últimos 6 meses, ¿usted trató de hacer una cita para ver un especialista del VA?

- ☐ Sí
☐ No → Si contestó "No", pase a #46

45. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil de conseguir una cita con un especialista del VA?

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

46. En los últimos 6 meses, ¿trató usted de hacer una cita para ver un especialista no del VA pagado por el VA?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No", pase a #48

47. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia fue fácil de conseguir una cita con un especialista no del VA pagado por el VA?

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

48. Por favor, piense en su visita más reciente dentro los últimos 6 meses sea a un especialista del VA o un especialista no del VA. ¿Fue este especialista:

- ☐ Un especialista del VA
- ☐ Especialista no del VA pagado por el VA
- ☐ Especialista no del VA vistado por mi cuenta
- ☐ No vi a un especialista en los últimos 6 meses → **Pase a #51**

49. Durante su más reciente visita con este especialista, ¿el especialista sabía información importante sobre sus antecedentes médicos?

- ☐ Definitivamente sí
- ☐ Sí, un poco
- ☐ No

50. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor especialista posible y el 10 el mejor especialista posible, ¿qué número usaría para calificar a este especialista?

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

USO DE LA FARMACIA DE VA

51. En los últimos tres meses, cuando lo vieron en <<OFFICIAL(1)>>, ¿Visitó usted la ventana de la farmacia para pacientes ambulatorios para llenar su receta(s)?

- ☐ Si
- ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta #54
- ☐ No hay una ventana de farmacia para pacientes ambulatorios en esta facilidad
→ Si No, Pase a la Pregunta #54

52. 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"/>

53. En general, ¿Qué tan satisfecho estuvo usted con los servicios farmacéuticos prestados en la ventana de la farmacia para pacientes ambulatorios de <<OFFICIAL(1)>> durante los pasados tres meses?

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

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

- ☐ Si
- ☐ No → Si No, Pase a la Pregunta #57

55. Por favor díganos sobre las medicinas o provisiones que recibió por correo de la farmacia del VA, ¿ con qué frecuencia 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"/>

56. En general, ¿Qué tan 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 EXPERIENCIA GENERAL CON EL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DEL VETERANO

Ahora, piense en su experiencia con todos los servicios que el Departamento de Asuntos de los Veteranos le ha prestado (incluyendo atención médica, programas de beneficios, y servicios fúnebres).

Por favor denos su opinión sobre las próximas declaraciones:

57. Recibí el servicio que necesitaba.

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

58. Fue fácil recibir el servicio que necesitaba.

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

59. Me sentí como un cliente valorado.

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

60. Yo confío en 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

Sobre usted

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

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

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

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

63. ¿Ha tenido una vacuna contra la influenza o ha utilizado spray en la nariz para la influenza desde el 1 de Julio del 2015?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

64. Si usted no recibió una vacuna para la influenza desde Julio del 2015, ¿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

65. ¿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

66. ¿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

67. ¿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 #71*
 - ☐ No sabe → *Si No sabe, Pase a la #71*
68. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia 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
69. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia 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
70. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia 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

71. ¿Toma usted aspirina todos los días o cada dos días?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
72. ¿Tiene usted un problema de salud o toma usted medicinas que le hacen peligroso tomar aspirina?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
73. ¿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
74. ¿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
75. ¿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

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

- ☐ 8 años de escuela o menos
- ☐ 9 a 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

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

- ☐ Sí, hispano o latino
- ☐ No, ni hispano ni latino

78. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawai o de otras islas del Pacífico
- ☐ Indígena americana o nativa de Alaska

79. ¿Qué idioma usted habla mayormente en su casa?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Chino
- ☐ Ruso
- ☐ Vietnamita
- ☐ Portugués
- ☐ Otro idioma (por favor escriba en letra de molde)

80. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

81. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Marque una o más.

- ☐ Me leyó las preguntas.
- ☐ Anotó las respuestas que le dí.
- ☐ Contestó las preguntas por mí.
- ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma.
- ☐ Me ayudó de otra forma.

Gracias.

Por favor cuando haya completado el cuestionario, devuélvalo en el sobre con porte o franqueo pagado.

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. 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 Ipsos

P.O. Box 806046

Chicago, IL 60680