



ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD EXPERIENCIAS DE PACIENTES CUIDADO ESPECIALIZADO 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 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.



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

CLÍNICA ESPECIALIZADA DE VA

1. Según nuestros registros, usted recibió atención médica en los últimos 6 meses en la clínica VA de medicina especializada cuyo nombre aparece a continuación.

<<sc_clinic(1)>>

Facilidad: <<OFFICIAL(1)>>

¿Es correcta esta información?

☐ Sí

☐ No → Si contestó “No”, pase a #30

Para las preguntas de este cuestionario, “este profesional médico” se va a referir al especialista médico que usted vió en la clínica cuyo nombre aparece más arriba.

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 RECIBÍ DE ESTE PROFESIONAL MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Estas preguntas son acerca de 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 #30

☐ 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 #7

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, ¿hizo alguna cita para un chequeo o una consulta regular con este profesional médico?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #9

8. 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

9. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para hacer una pregunta médica durante las horas normales de oficina?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #11

10. 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

11. 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

12. 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

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó “No”, pase a #16

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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 #21

20. 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

21. 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

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

- ☐ Sí
☐ No → Si contestó “No”, pase a #24

23. 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

<p>LOS OFICINISTAS Y RECEPCIONISTAS DEL CONSULTORIO DE ESTE PROFESIONAL MÉDICO</p>

24. 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

25. 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

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:

26. Recibí el servicio que necesitaba.

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

27. Fue fácil recibir el servicio que necesitaba.

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

28. Me sentí como un cliente valorado.

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

29. 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

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

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

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

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

32. ¿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

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

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

34. ¿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
- ☐ Otra

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

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

36. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

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

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

- ☐ Me leyó las preguntas.
- ☐ Anotó las respuestas que le di.
- ☐ 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**

**Esta sección se dejó en blanco
intencionalmente.
Por favor, no escriba en esta área.**