**Encuesta sobre experiencia de los pacientes con la atención primaria**

**ENCUESTA SOBRE EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES DE [NAME OF OFFICE/CLINIC]**

Se le invita a participar en esta encuesta porque recientemente visitó [**NAME OF OFFICE/CLINIC**]. Sus respuestas a las preguntas de esta encuesta nos ayudarán a mejorar la atención que brindamos. Esta encuesta tiene seis secciones y completarla llevará aproximadamente 5 minutos.

La participación en la encuesta es totalmente voluntaria, y todas sus respuestas a las preguntas de la encuesta serán confidenciales.

**A. ¿Usted completa esta encuesta en nombre propio o de otra persona?**

🌕 Completo esta encuesta en nombre propio

🌕 Completo esta encuesta en nombre de otra persona

**B. Si completa esta encuesta en nombre de otra persona, ¿para quién la completa?**

🌕 Completo esta encuesta para un familiar o amigo

🌕 Completo esta encuesta para el paciente o cliente

🌕 Otra persona *(especifique su relación con el paciente, no su nombre):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 1: La comunicación con nosotros**

**P1.** ¿Cómo se concertó la cita para su visita más reciente?

🌕 No tenía una cita, simplemente fui **(PASE A LA PREGUNTA P2b)**

🌕 Llamé para concertarla

🌕 Mandé un correo electrónico para concertarla

🌕 La concerté en mi última visita

🌕 Ustedes me llamaron para concertarla

🌕 Otra forma *(especifique):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P2** | **Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?** | Malo | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| a. | La cantidad de tiempo que pasó entre el día en que concertó su cita y la visita que acaba de realizar | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Su experiencia general al acceder al consultorio/la clínica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Sección 2: Llegada y espera en el consultorio/la clínica**

**Pensando todavía en su visita más reciente...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P3** | **En una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?** | Malo | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| a. | La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la recepción/sala de espera  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Su experiencia general con nuestro personal de recepción  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | La cantidad de tiempo que tuvo que esperar en la sala de reconocimiento hasta que pudo hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Sección 3: Su cita**

**Pensando todavía en su visita más reciente...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P4** | **Pensando en el PRINCIPAL proveedor de atención médica con el que habló durante la visita, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría a esta persona en lo siguiente...?** | Malo | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| a. | Conocía su historia clínica  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Escuchó sus inquietudes  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Hablaba usando un lenguaje que usted comprendía  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Le explicó las cosas de una manera fácil de entender | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Se mostró sensible a sus necesidades y preferencias | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| f. | Le trató con dignidad y respeto | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| g. | Le dio instrucciones claras sobre lo que tenía que hacer después de su visita  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| h. | Su experiencia general al hablar con el proveedor de atención médica sobre el motivo de su visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Sección 4: Su experiencia general con su visita más reciente**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P5** | **Pensando en su visita más reciente, en una escala de malo a excelente, ¿cómo calificaría lo siguiente...?** | Malo | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| a. | La limpieza general del consultorio/la clínica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | La comodidad física general del consultorio/la clínica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Su confianza en el médico/proveedor de atención médica al que consultó durante la visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Su confianza en que su información de la salud se trataba con el nivel de privacidad que usted espera | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Su experiencia general con la visita que realizó a nuestro consultorio/clínica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Sección 5: Sus experiencias al visitar nuestro consultorio/clínica en el último año**

Las primeras preguntas a continuación son similares a las que le hicimos antes. Sin embargo, en lugar de pensar en su visita más reciente, quisiéramos que piense en términos más amplios... en sus experiencias con nuestro centro **A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO**.

|  |  |
| --- | --- |
| **P6** | **La última vez que estuvo enfermo/a o preocupado/a por tener un problema de salud...** |
| a. | ¿Consiguió una cita en la fecha que quería? | 🌕 Sí | 🌕 No |
| b. | ¿Cuántos días pasaron desde la primera vez que trató de ver a su médico o enfermero practicante y el momento en que efectivamente VIO a este profesional u otra persona en su consultorio? | 🌕 El mismo día🌕 El día siguiente🌕 2-19 días (ingrese la cant. de días: \_\_\_)🌕 20 días o más🌕 No corresponde (no sé/no deseo contestar) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P7** | **Cuando visita a su médico o enfermero practicante, ¿con qué frecuencia ellos u otra persona del consultorio...?** | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Siempre |
| a. | Le dan la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Le dejan participar en la medida en que usted lo desea en las decisiones sobre su atención y tratamiento | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Le dedican suficiente tiempo | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |
| --- | --- |
| **P8** | **En el último año...** |
| a. | ¿Recibió atención de uno o más proveedores de atención médica en un lugar **distinto de este consultorio?** | 🌕 Sí**(Vaya a la P5.4)** | 🌕 No**(PASE a la P5.5)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P9** | **Pensando en el o los proveedores de atención médica que ha visitado en los diferentes lugares donde recibió atención en el último año, ¿con qué frecuencia...?** | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo | Siempre |
| a. | Cada uno de ellos parecía conocer su historia clínica  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Cada uno de ellos parecía tener los resultados de sus pruebas o exámenes más recientes | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Fueron coherentes respecto a lo que le dijeron sobre su atención y tratamiento | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Parecían trabajar bien en conjunto para brindarle atención | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P10** | **Pasando a otro tema, la última vez que necesitó atención médica por la noche, un fin de semana o un día feriado, ¿cuán fácil fue recibir atención sin ir al departamento de emergencias?** | Muy difícil 🌕 | Algo difícil 🌕  | Relativamente fácil 🌕  | Muy fácil 🌕 | No corresponde 🌕  |

**Sección 6: Contexto/información demográfica**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P11** |  En general, ¿cómo calificaría su salud? | Mala 🌕 | Regular 🌕  | Buena 🌕  | Muy buena 🌕  | Excelente 🌕  |

**P12.** ¿Cuánto tiempo hace que visita nuestro centro para recibir atención médica?

🌕 Menos de seis meses

🌕 Entre seis meses y un año

🌕 Entre uno y tres años

🌕 Entre tres y cinco años

🌕 Más de cinco años

**P13.** Haciendo un cálculo aproximado, ¿cuántas veces visitó nuestro centro en el último año para recibir atención médica?

🌕 Una

🌕 Dos

🌕 Tres

🌕 Cuatro

🌕 Cinco o más

**P14.** ¿Recomendaría nuestros servicios a sus familiares o amigos? Marque solo **UNA** respuesta.

🌕 Definitivamente no

🌕 Probablemente no

🌕 Probablemente sí

🌕 Definitivamente sí

**Si desea hacer comentarios adicionales,**

**use el siguiente espacio:**

**COMENTARIOS (OPCIONAL)**

Pensando en su experiencia general con nuestro consultorio/clínica, mencione:

a. Dos cosas que se hagan especialmente bien:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Dos cosas que podrían mejorarse

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información o comentario que desee compartir con nosotros, que pudiera ayudarnos a mejorar nuestro modo de brindar atención?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por completar nuestra encuesta.**