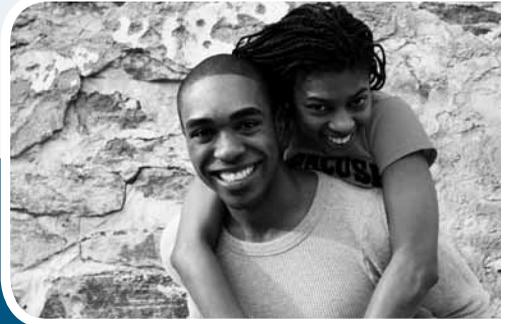


Para el uso del personal de la clínica únicamente:

Unable to complete due to language (please specify language):



¿Cómo estuvo nuestro servicio hoy?

Le rogamos se tome unos cuantos minutos para responder a estas preguntas. Su ayuda es voluntaria y apreciamos sus comentarios. Su nombre no aparece en la encuesta de modo que sus respuestas son privadas. Esta encuesta se utiliza en clínicas de todo Oregon para ayudar a mejorar los servicios que brindan.



Tras completar la encuesta, sírvase devolverla a la recepcionista. ¡Gracias por su ayuda!

Fecha de hoy: / _____ / _____

1. ¿Qué idiomas se hablan en su casa? Marque **TODOS** los que correspondan.
 - Inglés
 - Español
 - Ruso
 - Vietnamita
 - Otro (indique): _____
2. Su visita de hoy fue:
 - Una visita con cita Una visita sin cita
3. Usted es:
 - Un paciente nuevo Un paciente existente
4. ¿Cuáles son las **DOS RAZONES PRINCIPALES** por las cuales vino a **esta** clínica? Por favor marque **DOS**.
 - Fui derivado aquí por otro proveedor de atención médica o de servicios
 - La clínica me queda cerca y es fácil de llegar a ella
 - Me cae bien el personal de la clínica
 - Los servicios son confidenciales
 - La clínica ofrece servicios gratuitos o a bajo costo
 - Me hallo bien aquí
 - Un amigo mío o un familiar me la recomendó
 - Ésta es la única clínica conveniente
 - Otro (indique): _____

Lea las afirmaciones a continuación y encierre en un círculo VERDADERO o FALSO, o “NA” si no se aplican a usted.

5. Conseguí una cita para la fecha que quería VERDADERO FALSO NA
6. Fue fácil hacer la cita por teléfono VERDADERO FALSO NA
7. Tuve tiempo suficiente para hacer preguntas VERDADERO FALSO NA
8. El personal de la clínica respetó mi privacidad VERDADERO FALSO NA
9. El proceso de salida (*checkout*) fue fácil VERDADERO FALSO NA
10. ¿Cuán difícil fue conseguir transporte para venir a la clínica?
 Muy difícil
 Algo difícil
 Para nada difícil
11. ¿Cómo vino a la clínica hoy?
 A pie
 En autobús o tren
 En bicicleta
 Manejando (auto)
 Me trajo un familiar o amigo
 En taxi
 Otro (indique): _____
12. ¿Aproximadamente cuánto tiempo esperó en la sala de espera? _____ minutos
13. ¿Le pareció demasiado tiempo?
 Sí
 No
14. ¿Aproximadamente cuánto tiempo esperó en el cuarto de examen? _____ minutos
15. ¿Le pareció demasiado tiempo?
 Sí
 No

Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones a continuación. Si la afirmación no se aplica en su caso, marque la casilla debajo de “NA”.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | NA |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. El personal de la recepción (empleados y recepcionistas) me trató con dignidad y respeto | <input type="checkbox"/> |
| 17. El personal médico (enfermeros y/o médicos) me habló de manera que les pude entender | <input type="checkbox"/> |
| 18. El personal médico tomó mis inquietudes en serio | <input type="checkbox"/> |
| 19. El personal médico de esta clínica entiende mis valores | <input type="checkbox"/> |
| 20. Confío lo suficiente en el personal médico para que me ayude a tomar decisiones | <input type="checkbox"/> |
| 21. El personal médico me estima como persona | <input type="checkbox"/> |
| 22. Me siento a gusto en esta clínica | <input type="checkbox"/> |
| 23. Recomendaría esta clínica a amigos y familiares | <input type="checkbox"/> |
| 24. Esta visita satisfizo mis expectativas | <input type="checkbox"/> |

Si desea añadir algún comentario, por favor hágalo a continuación:

25. Aparte de esta clínica, ¿ha ido a alguna otra para obtener anticonceptivos o servicios de planificación familiar en los dos últimos años?

- Sí No

26. ¿Tiene un seguro médico que cubre atención primaria (servicios de salud en general que no son de emergencia)?

- Sí No No sé

27. Por lo general, ¿adónde va para recibir servicios de salud en general?

Marque **UNA**.

- A ninguna parte
 A esta clínica
 A otra clínica o médico
 A la sala de emergencias (ER) o cuidado de urgencia

28. ¿Cuán importante es para usted ir a la misma clínica por servicios de salud reproductiva y servicios de salud en general?

- Muy importante
 Algo importante
 No es importante

29. ¿**Alguna vez** el personal de esta clínica le ha ofrecido información sobre alguno de los siguientes?

a) El Plan de Salud de Oregon (OHP), Niños Saludables (Healthy Kids), Medicaid, o algún otro seguro de salud público

- Sí
 No
 No sé

b) Adónde ir en busca de servicios de salud en general

- Sí
 No
 No sé

30. ¿Qué horario de atención en la clínica es el más conveniente para usted?

Marque **TODOS** los que correspondan.

- El horario de atención estándar (de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes)
- Durante la hora del almuerzo
- Después de las 5 p.m.
- Los sábados

31. ¿De qué manera preferiría que le hagan recordar sus citas de planificación familiar? Marque **TODAS** las que correspondan.

- Llamada telefónica
- Una tarjeta por correo
- Una tarjeta recordatoria durante el *checkout*
- Por correo electrónico
- Un mensaje de texto
- Prefiero que no me las hagan recordar
- Otro: _____

32. ¿Qué fue lo mejor de su visita de hoy?

33. ¿Qué cambiaría para que su siguiente visita sea mejor?

Por último, tenemos algunas preguntas acerca de usted:

34. ¿Qué edad tiene? _____

35. ¿Cuál es su sexo o género actual? Marque **TODOS** los que correspondan.

- Hombre
- Mujer
- Hombre transgénero
- Mujer transgénero
- Intergénero/*genderqueer*
- Categoría adicional (indique): _____
- Prefiere no contestar

36. ¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Hombre
- Mujer
- Prefiere no contestar

Por favor conteste la pregunta 37 Y la 38.

37. ¿Es usted de ascendencia hispana o latina?

- Sí
- No

38. ¿Cuál raza describe mejor la suya? Marque **TODAS** las que correspondan.

- Negra o afroamericana
- Indígena norteamericana o de Alaska
- Asiática
- Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico
- Blanca
- Otra (indique): _____

¡Gracias! Tenga la amabilidad de entregar la encuesta a la recepcionista.

Oregon
Health
Authority

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Sección de Salud de Adolescentes, Genética y Reproductiva

Spanish OHA 8865 (04/2013)