

AO - 2008



Mark as shown:      Please use a pen or a thin marker. This form will be processed automatically.  
 Correction:      Please follow the examples shown to help optimize the reading results.

1. General Questions

Preguntas Generales

1.1 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.2 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.3 I have family members, friends, or professionals who give me a lot of support.  
 Tengo familiares, amigos o profesionistas que me dan mucho apoyo.

<input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo
<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo		

1.4 My sex/gender is:  
 Mi sexo es:

<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgenero (Masculino a Femenino)
<input type="checkbox"/> Trasgenero (Femenino a Masculino)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.5 My sexual orientation is:  
 Mi orientación sexual es:

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> No estoy seguro (a)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.6 My racial/ethnic background is:  
 Mi raza/ethnicidad es:

<input type="checkbox"/> Afroamericana/ Negra	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Asiatica/De las Islas Pacificas
<input type="checkbox"/> Nativo de America/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De raza Blanca	<input type="checkbox"/> Mas de una raza

1.7 My age is:  
 Mi edad es:

<input type="checkbox"/> 13-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-64
<input type="checkbox"/> 65 o más		

1.8 At any point, did you feel you were treated poorly at this agency?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

¿En algún punto, ha sentido que lo trataron mal en esta agencia?

(Please turn over and complete the other side)  
 (Por favor voltee la página y complete el otro lado)



## 1. General Questions

## Preguntas Generales [Continue]

1.9 If yes to question 1.8, what reason(s) do you feel may have caused you to be treated poorly? (Mark all that apply)

Si contesto "si" en la pregunta previa (1.8), cual fue la razón/razones que usted siente le hayan causado ser tratado mal? (Marque todas las que apliquen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza                             | <input type="checkbox"/> Edad          | <input type="checkbox"/> Sexo                        |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual               | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Mi situación con emigración |
| <input type="checkbox"/> Mi dificultad para hablar inglés | <input type="checkbox"/> Otras razones |  |

1.10 If "Other Reasons" was marked in question 1.9, please explain in the box provided below.

Si respondio "Otras razones" en la pregunta previa (1.9), por favor explique en el espacio de abajo.

1.11 The language that I speak is:  Inglés  Español  Otro (s)

El idioma que yo hablo es:

1.12 Because of a language barrier, I have problems understanding agency staff when I come in for or request services.  Si, siempre  Si, algunas veces  No, nunca

Debido a obstáculos con el idioma, tengo problemas entendiendo a los empleados de la agencia cuando pido ó recibo servicios.

1.13 I know that translation services, including services for the visually and hearing impaired, are available to me at this agency if I ask for it before my appointment.  Si, lo sé  No, no sabia

Yo se que hay servicios de traducción, y servicios para personas con problemas visuales y auditivos, que estan disponibles para mi en esta agencia si los pido antes de mi cita.

1.14 I have completed this survey:  Yo solo (a), sin ayuda  Con ayuda de un empleado (a)  Con alguien que me leyó la encuesta y la contesto por mi.

Yo he completado esta encuesta:

(Please continue to the next page)  
(Por favor continúe en la siguiente página)



1. General Questions

Preguntas Generales [Continue]

1.15 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.16 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.17 I understand the reason I am required to provide certain documents to the agency and how that is related to the funding for the services I receive.

Si

No

Yo entiendo la razón por la cual yo debo proveer ciertos documentos a la agencia y como esto es relacionado a los fondos monetarios de los servicios que yo recibo.

1.18 Do you know who to contact if you have a problem with or complaint about any of your services at this agency?

Si

No, no se

¿Sabe usted a quién contactar si tiene algún problema con o queja sobre alguno de los servicios de esta agencia?

1.19 Have you received a copy of the agency's grievance procedure?

Si

No

¿Ha recibido una copia del procedimiento de quejas?

2. Ambulatory/Outpatient Care

Categoria de Servicios/Citas Médicas

2.1 I have received medical care here for:

Menos de 1 año

1-2 años

3-5 años

Yo he recibido cuidado médico aquí por:

Más de 5 años

2.2 When I need an appointment, I am able to schedule one soon enough for my needs.

Todo el tiempo

La mayoría de las veces

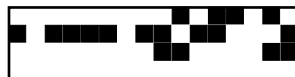
Algunas veces

Quando necesito una cita, la puedo hacer tan pronto como yo la necesite.

Rara vez

Nunca

(Please turn over and complete the other side)  
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)



## 2. Ambulatory/Outpatient Care

### Categoría de Servicios/Citas Médicas [Continue]

- 2.3 I keep my scheduled appointments.  Todo el tiempo  La mayoría de las veces  Algunas veces  
 Yo voy a mis citas en las fechas y horas en que me las dan.  Rara vez  Nunca
- 2.4 I understand what I should do if I need care during evenings and weekends.  Si  No  
 Yo entiendo lo que debo hacer si necesito servicios durante las noches ó fines de semana.
- 2.5 If I have a medical question, I know how to contact someone on the phone to discuss it with me.  Si  No  
 Si tengo una pregunta médica, yo se como contactar a alguien por telefono para que conteste mi pregunta.
- 2.6 HIV-specific educational materials are made available for me to read.  Si  No  
 Hay material educativo especificamente de VIH que está disponible para que yo lo lea.
- 2.7 The staff at the agency are friendly and helpful.  Todo el tiempo  La mayoría de las veces  Algunas veces  
 Los empleados de la agencia son amigables y de mucha ayuda.  Rara vez  Nunca
- 2.8 My provider explains my lab results (Such as CD4 and viral load) and what they mean for my health.  Todo el tiempo  La mayoría de las veces  Algunas veces  
 Rara vez  Nunca  
 Mi médico ó enfermera (o) me explican mis resultados de laboratorio (como el CD4/ células de defensa y el nivel de virus) y lo que significan para mi salud.
- 2.9 I feel that my provider spends an adequate amount of time with me.  Todo el tiempo  La mayoría del tiempo  Algunas veces  
 Rara vez  Nunca  
 Siento que mi médico ó enfermera (o) pasan conmigo la cantidad de tiempo adecuado.

(Please continue to the next page)  
 (Por favor continúe en la siguiente página)



2. Ambulatory/Outpatient Care

Categoría de Servicios/Citas Médicas [Continue]

2.10 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.11 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.12 I feel uncomfortable talking about personal or intimate issues with my provider.

<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Me siento incómodo (a), hablando con mi médico ó enfermera (o) sobre situaciones personales ó íntimas.

2.13 If I have a complaint about my medical care, I am aware of what I can do to try to resolve it.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura
-----------------------------	-----------------------------	---

Si tengo una queja a cerca de mi cuidado médico, yo se lo que debo hacer para tratar de resolverlo.

2.14 I have received counseling about my HIV medications, including how to take them and the possible side effects.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura
-----------------------------	-----------------------------	---

Yo he recibido consejería a cerca de mis medicinas para VIH, incluyendo como tomarlas y posibles efectos secundarios.

2.15 My provider talks to me about how to avoid passing HIV to others.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura
-----------------------------	-----------------------------	---

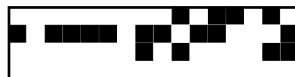
Mi médico ó enfermera (o) me hablan acerca de como yo puedo evitar transmitir el VIH a otras personas.

2.16 My provider asks me how I am feeling emotionally and makes a referral to a mental health provider, counselor or support group if I need help.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura
-----------------------------	-----------------------------	---

Mi médico ó enfermera (o) me preguntan acerca de como me siento emocionalmente y me refieren a proveedores de salud mental, consejeros ó grupos de apoyo si necesito ayuda.

(Please turn over and complete the other side)  
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)

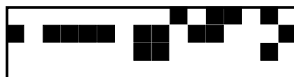


## 2. Ambulatory/Outpatient Care

## Categoría de Servicios/Citas Médicas [Continue]

- 2.17 My provider asks about my teeth and makes a referral if I need to see a dentist.  Si  No  No estoy seguro/segura
- Mi doctor o enfermera (o) me hacen preguntas acerca de mis dientes y me refieren al dentista si yo lo necesito.
- 2.18 My provider asks about how I am eating and makes a referral to a nutritionist if I need help.  Si  No  No estoy seguro/seguro
- Mi doctor (a) ó enfermera (o) me preguntan acerca de como estoy comiendo y me refieren al/la nutricionista si necesito ayuda.
- 2.19 My provider asks me whether I need help to tell my sexual partner(s) about my HIV status and makes a referral if I need help.  Si  No  No estoy seguro/segura
- Mi doctor (a) o enfermera (o) me preguntan si necesito ayuda para hablarle a mi pareja (s) sexuales acerca de mi estado de VIH y me refieren si necesito ayuda.
- 2.20 My provider has explained the eligibility, enrollment process and benefits of the AIDS Drug Assistance Program (ADAP).  Todo el tiempo  La mayoría de las veces  Algunas veces  
 Rara vez  Nunca
- Mi doctor (a) o enfermera (o) me ha explicado la elegibilidad, proceso de inscripción y ventajas del Programa de Asistencia de Medicamentos de SIDA (ADAP).
- 2.21 I have received adequate information on the ADAP recertification process and compliance with program guidelines.  Todo el tiempo  La mayoría de las veces  Algunas veces  
 Rara vez  Nunca
- Yo he recibido la información adecuada acerca del proceso de re-certificación del Programa de Asistencia de Medicamentos de SIDA (ADAP) y cumplimiento con las reglas del programa.

(Please continue to the next page)  
(Por favor continúe en la siguiente página)



2. Ambulatory/Outpatient Care

Categoria de Servicios/Citas Médicas [Continue]

2.22 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.23 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.24 I receive my ADAP HIV medications in a timely manner.

<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca	

Yo recibo mis medicamentos de VIH del Programa de Asistencia de Medicamentos de SIDA (ADAP) a tiempo.

2.25 I would recommend this clinic to my HIV positive friends with similar needs.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Tal vez	<input type="checkbox"/> Definitivamente No
<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura		

Yo recomendaria esta agencia a mis amigos que son VIH positivos con necesidades similares a las mías.

2.26 I have the following health coverage:

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Seguro Privado
<input type="checkbox"/> No tengo seguro/Ryan White	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/segura	

Yo tengo la siguiente cobertura de salud:

2.27 Overall, I am satisfied with the health care services I received over the past 12 months.

<input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo
<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo		

En general, estoy satisfecho (a) con los servicios de salud que he recibido durante los ultimos 12 meses.

2.28 If I could add or change something to make the agency a better place for me and for other patients, it would be:

Si yo pudiera agregar o cambiar algo para hacer de la agencia un mejor lugar para mi y para otros pacientes, eso sería:

Thank you for completing the survey.

Gracias por completar esta encuesta.

