

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Cuidado Primario

1. Yo he recibido atención médica aquí por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años
2. Cuando necesito una cita, puedo hacer la cita dentro un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
3. Entiendo lo que necesito hacer si necesito atención médica durante la noche o los fines de semana.
 Sí No
4. Mi proveedor me refiere a los servicios que necesito.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
5. El personal en la clínica es amable y útil.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
6. Mi proveedor me explica los resultados de mis pruebas (como células CD4 y carga viral) como relacionan a mi salud.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
7. Creo que mi proveedor pasa un tiempo adecuado conmigo durante la cita.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
8. Si tengo una queja sobre mi atención médica, entiendo lo que puedo hacer para tratar de resolverla.
 Sí No No sé
9. Yo los recomendaría esta clínica a mis amigos.
 Sí Tal vez Definitivamente no No sé
10. En general, estoy satisfecho/a con la atención médica que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
11. Si yo pudiera añadir o cambiar cualquier cosa para mejorar la clínica para mi y para otros pacientes, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Manejo de Casos

1. Esta agencia me ha proveído servicios de manejo de caso por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años

2. Cuando necesito una cita con mi administrador de casos, puedo hacer una dentro de un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca

3. Mi administrador de casos me ayudó a recibir los servicios que yo necesitaba.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca

4. Mi administrador de casos y yo trabajamos juntos para hacer mi plan de servicios.
 Sí No No sé

5. Entiendo que los servicios de manejo de casos son para ayudarme a manejarme yo mismo.
 Sí No No sé

6. En general, mi vida se ha mejorado por razón de la ayuda que he recibido de me administrador de casos.
 Sí No No sé

7. Yo entiendo cómo llamar por teléfono a mi administrador de casos si es necesario.
 Sí No No sé

8. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de manejo de casos que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

9. Si yo pudiera cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de manejo de casos para mi y para otros pacientes, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Servicios de Alimentación

1. Yo recibo comidas repartidos a mi casa: Sí No (si no, vaya a la pregunta 2)
 - a. Me gusta el sabor de las comidas que recibo en la casa :
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
 - b. Me gusta la variedad de comidas que recibo:
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
 - c. La comida que recibo se ve sabrosa
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
 - d. Si yo tuviera una pregunta o preocupación sobre mi comida, el problema se resolvió de manera satisfactoria.
 Sí No
2. He tenido una cita con una dietista/nutricionista. Sí No (si no, vaya a la pregunta 3)
 - a. La dietista/nutricionista me ayudó
 Sí No
3. He recibido vales/tarjetas de comida Sí No (si no, vaya a la pregunta 4)
 - a. Con los vales/tarjetas de comida, se realizaron mis necesidades de comida
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
4. He recibido suplementos nutritivos (por ejemplo: Boost) (si no, vaya a la pregunta 5):
 Sí No
 - a. Los suplementos nutritivos se mejoraron a mi salud
 Sí No
5. He recibido servicios de un almacén de comida gratuita Sí No (si no, vaya a la pregunta 6):
 - a. Con la comida del almacén gratuita, se realizaron mis necesidades de comida
 Sí No
10. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de alimentación que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

11. Si yo pudiera cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de alimentación, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Servicios de Salud Mental

1. He recibido servicios de salud mental en esta agencia por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años
2. Cuando necesito una cita con mi proveedor de salud mental, puedo hacer la cita dentro un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
3. Entiendo cómo llamar por teléfono a mi proveedor de salud mental si necesito hacerlo.
 Sí No No sé
4. Mi proveedor de salud mental me ayuda identificar y entender mi necesidades de salud mental.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
5. Mi proveedor de salud mental me incluye en la planificación de mi tratamiento (como al hacer los objetivos de tratamiento)
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
6. Mi proveedor de salud mental me ha explicado a mí, en una manera que entiendo bien, cómo mis medicamentos de salud mental (como antidepresivos) y mis medicamentos del VIH se pueden interactuar.
 Sí No No se aplica a mí
7. Mi proveedor de salud mental me ha ayudado sentirme mejor conmigo mismo.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
8. Yo recomendaría esta agencia a mis conocidos para servicios de salud mental.
 Sí Tal vez Definitivamente no No sé
9. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de salud mental que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
10. Si yo pudiera cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de salud mental en esta agencia para mi y para otros en, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Salud Dental

1. Esta agencia me ha proveído servicios de salud dental por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años
2. Yo me hice paciente en la clínica de salud dental porque:
 Mi proveedor de salud primario de referió Me busqué el servicio yo mismo
3. Cuando necesito una cita para salud dental, puedo hacer la cita dentro un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
4. Cuando necesito una cita para salud dental emergente, puedo hacer la cita dentro un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
5. El personal en la clínica dental es amable y útil.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
6. El personal en la clínica me explica mi plan de tratamiento a mi.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
7. El personal en la clínica dental me da instrucciones adecuadas sobre cómo cuidar de mi mismo en la casa después del tratamiento en la oficina:
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
8. Si tengo una queja sobre mi atención dental, entiendo lo que puedo hacer para tratar de resolverla.
 Sí No No sé
9. Yo los recomendaría esta clínica a mis amigos.
 Sí Tal vez Definitivamente no No sé
10. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de salud dental que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
11. Si yo pudiera cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de salud dental para mí y para otros pacientes, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Tratamiento para el uso de Sustancias/Drogas

1. Yo he recibido tratamiento para el uso de sustancias/drogas aquí por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años
2. Cuando necesito una cita con mi consejero de sustancias, puedo hacer la cita dentro un tiempo aceptable para mis necesidades.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
3. Si yo tuviera la necesidad, mi consejero de drogas me ayudó entrarme en un programa residencial para el tratamiento del abuso de drogas.
 Sí No No se aplica a mí
4. Mi consejero de drogas me ha explicado a mí, en una manera que entiendo bien, cómo mi tratamiento para el abuso de sustancias (como metadona) y mis medicamentos del VIH se pueden interactuar.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo No se aplica a mí
5. El programa me ha ayudado a reducir mi uso de sustancias/drogas.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
6. Yo entiendo cómo llamar por teléfono a mi consejero de drogas si necesito hacerlo.
 Sí No No sé
7. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de de tratamiento para el abuso de sustancias/drogas que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
8. Yo recomendaría esta agencia a mis conocidos para los servicios de abuso de drogas/sustancias
 Sí Tal vez Definitivamente no No sé
9. Si yo pudiera añadir o cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de abuso de sustancias para mi y para otros pacientes, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Servicios de Conserjería

1. Yo he recibido servicios de conserjería aquí por:
 menos que 1 año 1-2 años 3-5 años más que 5 años
2. Mi consejero/a me ayuda sentir cómodo en la clínica.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
3. Mi consejero/a es sabio sobre recursos relevantes de cómo vivir con VIH.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
4. Mi consejero/a me ha ayudado a comunicarme con otros miembros del personal de la clínica.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
5. Mi consejero/a pudo relacionarse a mí y a mi situación.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
6. Mi consejero/a me conectó a los servicios cuando los necesité.
 Siempre La mayoría del tiempo A veces Rara vez Nunca
7. Yo sé cómo ponerme en contacto con mi consejero/a.
 Sí No No estoy seguro
8. En general, estoy satisfecho/a con los servicios de consejería que he recibido durante los últimos 12 meses.
 Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
9. Si yo pudiera cambiar cualquier cosa para mejorar los servicios de consejería para mí y para otros pacientes, sería:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Preguntas Generales

1. Mi sexo/género es:
 Hombre Mujer Transgénero (hombre a mujer) Transgénero (mujer a hombre) No respuesta
2. Mi orientación sexual es:
 Heterosexual Gay/lesbiana/homosexual Bisexual
 No estoy seguro No respuesta
3. Mi origen racial/étnico es: Afroamericano/a/ Negro/a Hispano/a/ Latino/a
 Asiático/a/ de las Islas del Pacífico
 Indígena de las Américas/Nativo de Alaska Caucásico/a /Blanco/a
 Más que una raza
4. Mi edad es:
 13-24 25-44 45-64 65 o mayor
5. Tengo la cobertura médica:
 Medicaid Medicare Seguro médico privado Sin seguro/Ryan White
 No sé
6. En cualquier momento, ¿usted se sintió maltratado por esta agencia?
 Sí No
7. Si usted respondió “sí” a la pregunta 6, para cuales razones piensa usted que la agencia se le trató mal:

a. Raza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. Edad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. Género/Sexo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e. Uso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f. Estatus de residencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. Mi dificultad al hablar inglés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. Otro razón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

(Explique): _____
8. El idioma que hablo es:
 Inglés Español Otro idioma
9. Por razón de una barrera idiomática, yo tengo problemas al comprender el personal de la agencia cuando yo visito a la clínica o al pedir los servicios.
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca

10. Yo sé que los servicios de traducción, incluso a los servicios para los que tienen limitaciones visuales y limitaciones auditivas, son disponibles para mí en esta agencia si los pido antes de mi cita.

Sí, yo sé No, yo no sabía

11. Yo entiendo la razón que necesito demostrar algunos documentos a la agencia y cómo se relaciona eso al financiamiento por los servicios que recibo.

Sí No

