

2018 Patient Experience Survey (Medical) ENCUESTA 2018 SOBRE EXPERIENCIA DE PACIENTE (MÉDICA)

We really value your opinion and your time. Please help us to make the Clinic better for you by completing this survey.
Valoramos mucho su opinión y su tiempo. Por favor ayúdenos a mejorar la Clínica para usted al contestar esta encuesta.

You may use the back of this page if there is not enough room to explain items below.

Si necesita más espacio, puede usar el lado reverso para completar su explicación de abajo.

1. Were you able to get an appointment as quickly as you felt necessary for your health condition? **YES / NO**
De su punto de vista, ¿Pudo conseguir una cita pronto según su condición médica? SI/NO
If NO, would you help us improve by explaining? _____
Por favor explique si su respuesta es NO. _____
2. How much delay did you experience between your appointment time and being taken to an exam room?
¿Cuánto lapso de tiempo hubo desde la hora de su cita hasta cuando fue llevado(a) al consultorio?
NO DELAY / FAIRLY QUICK / NOTICEABLY LONG
Ninguna demora/Poca demora/Bastante demora
3. Who was your health provider (MD, NP, PA, RN, Behavioral Health Counselor)? _____
¿Quién le proveyó el servicio (MD, NP, PA, RN, Consejera Salud Conductual)? _____
Do you feel the person spent adequate time with you. **YES/NO**
¿Piensa que la persona le dió tiempo adecuado? SI/NO
Do you feel the person explained things in a way that you understand? **YES/NO**
¿Piensa que la persona le dió explicaciones de tal manera que usted entendió? SI/NO
Overall, are you happy with care the person provided? **YES/NO**
En general, ¿Está contento(a) con el servicio que la persona le proveyó?
If NO to any of the above, please help us adjust by explaining. _____
Por favor explique si su respuesta es NO. _____
4. If you have had testing done in previous visits, were you informed of results within a reasonable time (i.e., 10 days)?
Si tuvo exámenes en citas anteriores, ¿Se le informó de los resultados dentro de un lapso de tiempo razonable (i.e. 10 días)?
Lab **YES/NO** X-Ray **YES/NO** Other (please specify) _____ **YES/NO**
Análisis SI/NO Rayos X SI/NO Otro (especificar) _____ SI/NO
5. Specialist are doctors like surgeons, heart doctors, allergy doctors, skin doctors and other doctors who specialize in one area of health care. Does your clinic provider seem informed and up-to-date about the care you received from the specialist? **NOT APPLICABLE / YES / NO**
Especialistas son doctores como cirujanos, cardiólogos, alergólogos, dermatólogos, y otros que se especializan en una area de salud. ¿Su médico parece estar informado y al día con el cuidado que usted recibió de un especialista? NO CORRESPONDE/SI/NO
6. Do you feel you have been treated today with respect for your concerns and interests by each person contributing to your care? **YES/NO**

¿Piensa que el trato que recibió hoy de cada person que lo(a) atendió fue con respeto por sus intereses? SI/NO

7. Has anyone in the clinic discussed specific goals with you about your health? **YES/NO**
¿Alguin en la clínica habló con usted acerca de metas principales de su salud? **SI/NO**
8. Overall, do you feel that all your health needs are currently being met by your clinic? **YES/NO**
En general, ¿Piensa que su clínica provee lo necesario para su salud? SI/NO
If not, could you help us adjust by explaining? _____
Por favor explíque si su respuesta es NO. _____
9. Considering everything, do you feel the fees are reasonable?
Considerando todo, ¿Piensa que las cuotas son razonables?
Office Visit **YES/NO** Supplies **YES/NO** Medicine **YES/NO** Are you on sliding fees? **YES/NO**
Consulta SI/NO Suministros SI/NO Medicina SI/NO ¿Usa escala variable de honorarios? SI/NO
10. How could we change our scheduling to better accommodate your needs? (circle all that apply)
¿Qué cambios en nuestro horario sujere usted para acomodar su necesidad? (circular lo que aplica)
EXTENDED HOURS - EARLY MORNING / LATE EVENING / SATURDAYS / OTHER: _____
HORARIO EXTENDIDO – Temprano en la mañana/Por la tarde/sábados/Otro: _____
11. How likely are you to recommend this clinic to your family and friends?
¿Qué tan probable es que usted recomienda esta clínica a su familia e amigos?
WOULD NOT AT ALL / POSSIBLY / LIKELY / DEFINITELY
Para nada/Posiblemente/Probablemente/Definitivamente

Please indicate any other comments to improve your satisfaction with care at the clinic. Use the back of this form if needed.

Por favor anote algún otro comentario que nos ayude en mejorar su satisfacción con el cuidado que se le provee en la clínica. Puede usar el lado reverso para completar su comentario.

Name (optional, but if will help us to address any concerns you might have.) **YOUR AGE** **DATE**
NOMBRE (Opcional, pero sí nos ayudaría responder a sus preocupaciones.) EDAD FECHA