

Encuesta sobre la experiencia de atención del paciente

Gracias por completar este formulario. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la atención que les brindamos a nuestros pacientes. Complete esto para una sola persona. Si son varios los hermanos que se atienden en un centro, complete una encuesta por paciente. Si tienes entre 18 y 22 años de edad, puedes completar esta encuesta tú mismo. Si tienes entre 12 y 17 años de edad, complétala bajo la supervisión de uno de tus padres o tutor. En esta encuesta, «paciente» se refiere a cualquier persona de entre 12 y 22 años con un trastorno hemorrágico.

Completa la siguiente pregunta:

1. **Fecha:** _____
2. **¿Cuántos años tienes?**
_____ años

Marca tus respuestas con un círculo:

3. **¿Cuál es tu sexo?**

Masculino Femenino

4. **¿Cuál es tu diagnóstico?**

Hemofilia A o B (Deficiencia de factor 8 o 9)

Enfermedad de Von Willebrand

Trastorno plaquetario

Otro trastorno hemorrágico

No conozco mi trastorno o el de mi hijo

5. **¿Cuál es tu origen étnico?**

Hispano o latino

Ni hispano ni latino

6. **¿Cuál es tu raza? (marca con un círculo todo lo que corresponda)**

Nativo norteamericano o nativo de

Alaska Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o de las Islas del

Pacífico

Asiático o asiático americano

Blanco o caucásico

Otro

El cuestionario continúa al reverso



Las siguientes preguntas son sobre la experiencia del paciente en este centro para trastornos hemorrágicos. Agruparemos tus respuestas con las de otros pacientes para analizar cómo podemos proporcionar una mejor atención. No nos comunicaremos contigo una vez finalizada la encuesta.

7. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te atendiste en tu HTC?

1 vez 2 veces 3 a 6 veces 6 o más veces

8. ¿Los proveedores de atención médica de este centro hablaron contigo sobre cuáles serán tus necesidades de atención médica por tu trastorno hemorrágico cuando ingreses en la adultez?

Sí No No lo sé

Si la respuesta es no: ¿Habría sido útil hablar sobre tus necesidades de atención médica en relación con tu trastorno hemorrágico?

Sí No No lo sé

9. ¿Los proveedores de atención médica de este centro te alentaron para que te hagas responsable del manejo de tu trastorno hemorrágico (por ejemplo, usar medicamentos, comprender tu diagnóstico, reconocer las hemorragias, seguir los consejos médicos, tener hábitos saludables)?

Sí No No lo sé

Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia los proveedores de atención médica de este centro te alientan para que te hagas responsable del manejo de tu trastorno hemorrágico?

Siempre (todas las visitas) Generalmente (la mayoría de las visitas) A veces (algunas visitas)
Nunca (ninguna visita)

10. ¿Los proveedores de atención médica de este centro hablaron contigo sobre cómo puedes obtener o conservar la cobertura del seguro de salud a medida que ingresas en la adultez?

Sí No No lo sé

Si la respuesta es no: ¿Te habría resultado útil hablar sobre los seguros de salud?

Sí No No lo sé

11. Durante los últimos 12 meses, ¿el personal del centro habló contigo acerca de que con el tiempo deberás consultar a médicos que tratan a adultos con trastornos hemorrágicos?

Sí No No lo sé

Si la respuesta es no: ¿Te gustaría hablar con el personal del centro sobre los médicos que tratan a adultos con trastornos hemorrágicos?

Sí No No lo sé

Gracias por tomarte el tiempo de brindar información sobre tu atención. Si tienes alguna pregunta sobre esta encuesta o sobre tu atención, comunícate con tu coordinador de enfermería del HTC.