
EDPEC Survey 2.0—Discharged to Community Instrument (Spanish)

Por favor conteste las preguntas de esta encuesta sobre la atención y los cuidados que usted recibió en la sala de emergencias del hospital en, o alrededor de, la fecha indicada a continuación.

[NAME OF EMERGENCY ROOM/DATE OF VISIT LABEL]



**TODAS LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA TRATARÁN ÚNICAMENTE
SOBRE SU VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS.**

Si usted desea saber más sobre el estudio, llame al [TOLL FREE NUMBER].

Todas las llamadas a ese número son gratis.

INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA

- Use un bolígrafo de tinta negra para completar el cuestionario.
- Por favor, escriba en letra de molde.
- Marque con una 'X' el cuadrado para indicar su respuesta. Vea el siguiente ejemplo:

☒ Sí
☐ No

- Si quiere cambiar una respuesta, tache con una línea el cuadrado que usted quiere cambiar y en su lugar marque con una 'X' el cuadrado que desea escoger, así:

☒ Sí
~~☒ No~~

- A veces hay que saltarse alguna pregunta. Cuando esto ocurra, una flecha a la derecha de la respuesta le indicará a qué pregunta hay que pasar. Por ejemplo:

☒ Sí ➔ *Si contestó 'Sí', pase a la pregunta 1*
☐ No

SU VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS

1. Pensando en esta visita, ¿cuál fue la razón principal por la que usted fue a la sala de emergencias?

- ☐ Un accidente o una lesión
☐ Un nuevo problema de salud
☐ Un padecimiento o un problema frecuente de salud

2. Para esta visita, ¿fue usted a la sala de emergencias en una ambulancia?

- ☐ Sí
☐ No

3. Desde el primer momento en que usted llegó a la sala de emergencias, ¿cuánto tiempo pasó antes de que alguien le hablara de la razón por la que usted estaba allí?

- ☐ Menos de 5 minutos
☐ Entre 5 y 15 minutos
☐ Más de 15 minutos

4. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo nada importante y el 10 muy importante, en el momento en el que usted llegó a la sala de emergencias, ¿qué tan importante era para usted que lo/a atendieran de inmediato?

- ☐ 0 – Nada importante
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 – Muy importante

DURANTE SU VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS

5. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿recibió usted atención dentro de los 30 minutos después de llegar a la sala de emergencias?

- ☐ Sí
☐ No

6. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores o enfermeras le preguntaron cuáles eran todos los medicamentos que estaba usted tomando?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

7. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le dieron a usted algún medicamento que no hubiera tomado antes?

- ☐ Sí
☐ No sé
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 10***

8. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿los doctores o enfermeras le dijeron a usted para qué era el medicamento?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

9. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿los doctores o enfermeras le explicaron los efectos secundarios posibles de una forma que usted pudiera entender?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

10. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿tenía usted algún dolor?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 13***

11. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le dieron a usted algún medicamento para el dolor?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

12. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores y enfermeras hicieron todo lo posible para aliviarle el dolor?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

13. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le hicieron a usted un examen de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- ☐ Sí
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 15***

14. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores y enfermeras le dieron a usted toda la información que quería sobre los resultados de esas pruebas?

- ☐ Sí, absolutamente
☐ Sí, hasta cierto punto
☐ No

15. Un intérprete es alguien que le ayuda a usted a hablar con otras personas que no hablan su idioma. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿necesitó usted a un intérprete?

- ☐ Sí
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 17***

16. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le proporcionaron un intérprete cuando usted lo necesitó?

- ☐ Sí
☐ No

LAS PERSONAS QUE LO ATENDIERON

Por favor responda las siguientes preguntas sobre las personas que se encargaron de usted durante su visita a la sala de emergencias.

17. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?

- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre

18. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?

- ☐ Nunca
☐ A veces
☐ La mayoría de las veces
☐ Siempre

19. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia las enfermeras le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

20. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿las enfermeras pasaron suficiente tiempo con usted?

- ☐ Sí, absolutamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No

21. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

22. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

23. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia los doctores le explicaban las cosas de una manera que usted pudiera entender?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

24. ¿Durante esta visita a la sala de emergencias, los doctores pasaron suficiente tiempo con usted?

- ☐ Sí, absolutamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No

SALIENDO DE LA SALA DE EMERGENCIAS

25. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿entendió cuál era su principal problema de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

26. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿entendió los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención después de dejar la sala de emergencias?

- ☐ Sí
- ☐ No

27. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿algún doctor o enfermera le dijo que tenía que tomar medicamentos nuevos que no había tomado antes?

- ☐ Sí
- ☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 29***

28. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿algún doctor o enfermera le dijo para qué eran los medicamentos nuevos?

- ☐ Sí, absolutamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No

29. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿alguien le dijo que hiciera una cita con un doctor para el seguimiento de su problema?

- ☐ Sí
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 31***

30. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿alguien le preguntó si podría obtener esa atención de seguimiento?

- ☐ Sí
☐ No

SU EXPERIENCIA GENERAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su visita a la sala de emergencias cuyo nombre se indica en la portada de la encuesta. No incluya en sus respuestas ninguna otra visita a una sala de emergencias.

31. Usando un número del 0 al 10, siendo 0 la peor atención posible y el 10 la mejor atención posible, ¿qué número usaría para calificar su atención durante esta visita a la sala de emergencias?

- ☐ 0 La peor atención posible
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 La mejor atención posible

32. ¿Les recomendaría usted esta sala de emergencias a sus amigos y familiares?

- ☐ Definitivamente no
☐ Probablemente no
☐ Probablemente sí
☐ Definitivamente sí

SU ATENCIÓN MÉDICA

33. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue usted a alguna sala de emergencias para recibir atención médica? Por favor incluya la visita a la sala de emergencias sobre la que ha estado contestando las preguntas de esta encuesta.

- ☐ 1 vez
☐ 2 veces
☐ 3 veces
☐ 4 veces
☐ De 5 a 9 veces
☐ 10 veces o más

34. Sin contar la sala de emergencias, ¿hay algún consultorio médico, clínica u otro lugar al que usted acostumbre a ir cuando necesita un chequeo, quiere pedir consejo sobre un problema de salud, o si se enferma o se lastima?

- ☐ Sí
☐ No → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 36***

35. ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses fue usted a ese consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar a recibir atención médica o a pedir algún consejo sobre su salud?

- ☐ Ninguna
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 veces
- ☐ 3 veces
- ☐ 4 veces
- ☐ De 5 a 9 veces
- ☐ 10 veces o más

SOBRE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

36. En general, ¿cómo calificaría usted toda su salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

37. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

38. ¿Cuántos años tiene?

- ☐ De 18 a 24 años
- ☐ De 25 a 34 años
- ☐ De 35 a 44 años
- ☐ De 45 a 54 años
- ☐ De 55 a 64 años
- ☐ De 65 a 74 años
- ☐ 75 años o más

39. ¿Es usted hombre o mujer?

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

40. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- ☐ 8 años de escuela o menos
- ☐ Estudios de escuela de secundaria, pero sin graduarse
- ☐ Graduado de escuela de secundaria o con diploma de escuela de secundaria (*high school*), o su equivalente (o GED)
- ☐ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
- ☐ Título universitario de 4 años
- ☐ Título universitario de más de 4 años

41. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- ☐ Sí, hispano, latino o español
- ☐ No, ni hispano, ni latino ni español → ***Si contestó “No”, pase a la pregunta 43***

42. ¿Qué grupo lo/la describe mejor a usted?

- ☐ Mexicano, mexicano americano, chicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Cubano
- ☐ Otro español/hispano/latino

43. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena americana o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otra raza asiática
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ De Guam o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ De otra isla del Pacífico

44. ¿En qué idioma habla usted principalmente en casa?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Chino
- ☐ Ruso
- ☐ Vietnamita
- ☐ Portugués
- ☐ Otro idioma (escriba en letra de molde) _____

45. ¿Es usted sordo o tiene dificultad para oír?

- ☐ Sí
- ☐ No

46. ¿Es usted ciego o tiene dificultad para ver, incluso cuando lleva lentes (anteojos, gafas)?

- ☐ Sí
- ☐ No

47. Debido a un padecimiento físico, mental o emocional, ¿tiene usted serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- ☐ Sí
- ☐ No

48. ¿Tiene usted serias dificultades para caminar o para subir escaleras?

- ☐ Sí
- ☐ No

49. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o para bañarse?

- ☐ Sí
- ☐ No

50. ¿Tiene usted alguna dificultad, debida a un padecimiento físico, mental o emocional, para hacer solo/a ciertas actividades como ir al consultorio de un doctor o ir de compras?

- ☐ Sí
- ☐ No

51. ¿Le ayudó alguien a responder esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → **Gracias. Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

52. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona?

Marque una o más.

- ☐ Me leyó las preguntas
 - ☐ Anotó las respuestas que le di
 - ☐ Contestó las preguntas por mí
 - ☐ Tradujo las preguntas a mi idioma
 - ☐ Me ayudó de otra manera.
- (escriba en letra de molde)
-

53. ¿La persona que le ayudó estuvo con usted en algún momento durante esta visita a la sala de emergencias?

- ☐ Sí
- ☐ No

Gracias.

Por favor envíe la encuesta con sus respuestas en el sobre con el porte o franqueo pagado.