**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 cuadrito para indicar su respuesta. Vea el siguiente ejemplo:

Sí

No

Si quiere cambiar una respuesta, tache con una línea el cuadrito que usted quiere cambiar y en su lugar marque con una ‘X’ el cuadrito 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 Instructions: *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.**