



# Sobre su Visita a la Sala de Emergencias

Toda la información que pueda identificarlo se mantendrá privada. Nosotros no compartiremos su información personal con nadie sin su permiso, a menos que lo requiera la ley. Usted puede contestar esta encuesta o no. Si usted decide no contestar la encuesta, esto no afectará la atención médica que usted reciba.

Cuando haya completado la encuesta, póngala dentro del sobre que le enviamos y selle el sobre, y regrese el sobre a:

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]  
[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

Si desea más información sobre este estudio, por favor llame a [NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL] al XXX-XXX-XXXX. Todas las llamadas a ese número son gratuitas.



## INSTRUCCIONES

- ♦ Conteste todas las respuestas marcando el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- ♦ Para indicar que una respuesta fue elegida por error, marque una línea a través del cuadrado y elija otro cuadrado.
- ♦ A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

☐ Sí

☒ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 1

Usted tal vez note un número en el cuestionario. Este número se usa para dejarnos saber que ha regresado su cuestionario y no tener que mandarle recordatorios.

**Todas las preguntas de este cuestionario son sobre la visita a la sala de emergencias que está nombrada en la carta de presentación.**

### CUANDO FUE 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 problema de salud o enfermedad frecuente
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

### DURANTE ESTA VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS

4. 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
5. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores o enfermeras le preguntaron cuáles eran todas las medicinas que estaba usted tomando?
  - ☐ Sí
  - ☐ No
6. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le dieron a usted alguna medicina?
  - ☐ Sí
  - ☐ No sé → Si contestó "No sé", pase a la pregunta 9
  - ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 9



7. Antes de darle una medicina, ¿los doctores o las enfermeras le dijeron a usted para qué era la medicina?
- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
8. Antes de darle una medicina, ¿los doctores o las enfermeras le explicaron los efectos secundarios posibles de una manera que usted pudiera entender?
- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
9. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿tuvo algún dolor?
- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 11
10. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores o las enfermeras le preguntaron qué tan fuerte era el dolor que tenía?
- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
11. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿le hicieron una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?
- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 13
12. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿los doctores o las enfermeras le dieron tanta información como usted quería acerca de los resultados de estas pruebas?
- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No

## LAS PERSONAS QUE LE ATENDIERON

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre las personas que le atendieron a usted durante esta visita a la sala de emergencias.

13. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia las enfermeras le trataban con cortesía y respeto?
- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
14. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia las enfermeras le escuchaban con atención?
- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
15. 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
16. Durante esta visita a la sala de emergencias, ¿con qué frecuencia los doctores le trataban con cortesía y respeto?
- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

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

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

18. 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

### CUANDO SALIÓ DE LA SALA DE EMERGENCIAS

19. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿un doctor o una enfermera le dijo que usted tenía que tomar alguna medicina cuando ya estuviera en su casa?

- ☐ Sí
- ☐ No → Si contestó "No", pase a la pregunta 21

20. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿un doctor o una enfermera le dijo para qué era la medicina?

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

21. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿los doctores o las enfermeras le dieron a usted tanta información como usted quería sobre cómo controlar el dolor cuando ya estuviera en su casa?

- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
- ☐ No necesité controlar el dolor cuando ya estuviera en mi casa después de la sala de emergencias

22. Antes de que usted se fuera de la sala de emergencias, ¿los doctores o las enfermeras le hablaron de cosas que usted podía hacer en casa para calmar el dolor aparte de tomar medicina?

- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
- ☐ No necesité calmar el dolor cuando ya estuviera en casa después de la sala de emergencias

23. Antes de que se fuera de la sala de emergencias, ¿el personal habló con usted sobre atención de seguimiento?

- ☐ Sí, definitivamente
- ☐ Sí, hasta cierto punto
- ☐ No
- ☐ No necesité atención de seguimiento → Pase a la pregunta 25

24. ¿El personal de la sala de emergencias le dio a usted información sobre cómo obtener la atención de seguimiento que necesitaba?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No necesité ninguna información sobre cómo obtener atención de seguimiento

25. Antes de que se fuera de la sala de emergencias, ¿el personal le dio información sobre los síntomas o problemas de salud de los que tendría usted que estar pendiente cuando estuviera en su casa?

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

## SU EXPERIENCIA GENERAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su visita a la sala de emergencias cuyo nombre aparece en la carta de presentación. No incluya ninguna otra visita a una sala de emergencias en sus respuestas.

26. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo 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

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

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

## SU ATENCIÓN MÉDICA

28. 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
- ☐ 5 a 9 veces
- ☐ 10 veces o más

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

- ☐ Sí
- ☐ No

## ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

30. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

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

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

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

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

- ☐ 8 años de escuela o menos
- ☐ 9 - 12 años de escuela, pero sin graduarse
- ☐ Graduado de la escuela de secundaria, Diploma de escuela de secundaria (*high school*), preparatoria, 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

33. ¿Es usted de ascendencia u origen español, hispano o latino?

- ☐ No, ni español/hispano/latino
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, otro español/hispano/latino

34. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afro americana
- ☐ Asiática
- ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ☐ Indígena Americana o nativa de Alaska

35. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Chino
- ☐ Ruso
- ☐ Vietnamita
- ☐ Portugués
- ☐ Algún otro idioma (escriba en letra de molde):

36. ¿Le ayudó alguien a responder a esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No → **Gracias. Por favor devuelva el cuestionario cuando lo haya completado en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

37. ¿Cómo le ayudó la persona? Marque todas las que apliquen.

- ☐ 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):

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

- ☐ Sí
- ☐ No



**GRACIAS**

**Por favor devuelva el cuestionario cuando lo haya completado en el sobre con el porte o franqueo pagado.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]**

