

Encuesta sobre su experiencia de atención de la Red de Salud Primaria

(Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey, en inglés)

Sus comentarios son importantes. Este cuestionario ha sido desarrollado en conjunto con consumidores del servicio. El propósito es ayudar a los proveedores y consumidores para que trabajen juntos en la construcción de mejores servicios. La participación en esta encuesta es voluntaria. Toda la información recolectada en esta encuesta es anónima. Ninguna de la información recolectada será usada para identificarlo/a. Nos ayudaría que responda todas las preguntas, pero puede dejar preguntas en blanco en caso de que no las quiera responder.

Marque con una cruz en uno de los casilleros en cada pregunta, así...

1	<input type="radio"/>	2	<input checked="" type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>
---	-----------------------	---	----------------------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------

Estas preguntas son acerca de **con qué frecuencia** hicimos las siguientes cosas...

Pensando en la atención que ha recibido de este servicio en los últimos tres meses aproximadamente, ¿cuál ha sido su experiencia en las siguientes áreas? (Marque una respuesta por cada pregunta)	Nunca	Pocas veces	A veces	Generalmente	Siempre	No aplica
	1. Se sintió bienvenido/a usando este servicio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Se sintió seguro/a usando este servicio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
3. Tuvo acceso a este servicio cuando lo necesitó	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
4. Hubo oportunidades para que su familia y amigos se involucraran en su apoyo o cuidado, si usted así lo deseaba	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9
5. El personal pudo brindar información o asesoramiento para ayudarlo/a a manejar su salud física, si usted así lo deseaba	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
6. Se respetaron su individualidad y valores (por ej., su cultura, fe o identidad de género, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
7. Este servicio escuchó y dio seguimiento a sus comentarios o quejas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
8. El servicio respetó su derecho a tomar decisiones	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
9. El apoyo o cuidado disponible cumplió con sus necesidades	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	

Estas preguntas son acerca de **qué tan bien** hicimos las siguientes cosas...

Pensando en la atención que ha recibido de este servicio en los últimos tres meses aproximadamente, ¿cuál ha sido su experiencia en las siguientes áreas? (Marque una respuesta por cada pregunta)	Pobre	Mala	Buena	Muy buena	Excelente	No aplica
	10. Acceso a algún trabajador que estuviera en circunstancias similares a las suyas, o que hubiera vivido experiencias similares, si usted así lo deseaba	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Información disponible para usted sobre este servicio (por ej., cómo funciona el servicio, sus derechos y responsabilidades, cómo brindar comentarios, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	
12. Desarrollo de un plan al que usted contribuyó y que tomaba en cuenta todas sus necesidades (incluyendo apoyo, coordinación y seguimiento)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 9

Encuesta sobre su experiencia de atención de la PHN

Como resultado de su experiencia con el servicio en los últimos tres meses aproximadamente, califique lo siguiente

(Marque una respuesta por cada pregunta)

	Pobre	Mala	Buena	Muy buena	Excelente
13. El efecto de este servicio en su esperanza hacia el futuro	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14. El efecto de este servicio en sus habilidades y estrategias para cuidar su salud y bienestar	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
15. El efecto de este servicio en su capacidad para manejar su vida diaria	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
16. En general, ¿cómo calificaría su experiencia con este servicio en los últimos 3 meses?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

17. Mi experiencia hubiera sido mejor si... (complete)

18. Las mejores cosas de este servicio fueron... (complete)

Preguntas demográficas

La información en esta sección nos ayuda a saber si no estamos recibiendo comentarios de parte de algunos grupos de personas. Además, nos indica si algunos grupos de personas tienen una mejor o peor experiencia que otros. Saber esto nos ayuda a enfocar nuestros esfuerzos para mejorar los servicios que brindamos. Nada de lo que se recolecte en esta sección será usado para identificarlo/a.

19. ¿Cuál es su identidad de género?	<input type="checkbox"/> 1 Masculina	<input type="checkbox"/> 2 Femenina	<input type="checkbox"/> 3 Otro _____
20. ¿Cuál es el idioma principal que habla en su hogar?	<input type="checkbox"/> 1 Inglés	<input type="checkbox"/> 2 Otro _____	
21. ¿Es usted aborigen u originario de las Islas del estrecho de Torres?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 3 Sí, isleño del estrecho de Torres	<input type="checkbox"/> 4 Sí, aborigen e isleño del estrecho de Torres
22. ¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 18 años	<input type="checkbox"/> 3 Entre 25 y 44 años	<input type="checkbox"/> 5 Más de 65 años
	<input type="checkbox"/> 2 Entre 18 y 24 años	<input type="checkbox"/> 4 Entre 45 y 64 años	
23. ¿Desde hace cuánto tiempo recibe apoyo o atención de este servicio?	<input type="checkbox"/> 1 Entre 1 día y 2 semanas	<input type="checkbox"/> 3 Entre 1 y 3 meses	<input type="checkbox"/> 5 Más de 6 meses
	<input type="checkbox"/> 2 Entre 3 y 4 semanas	<input type="checkbox"/> 4 Entre 4 y 6 meses	
24. ¿Quién lo/la derivó a este servicio?	<input type="checkbox"/> 1 El médico de cabecera / Médico clínico	<input type="checkbox"/> 3 Otro profesional de la salud	<input type="checkbox"/> 5 Otro, por favor indique
	<input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a	<input type="checkbox"/> 4 Yo	
25. ¿Cuánto se involucró usted en la elección de este servicio?	<input type="checkbox"/> 1 No me involucré para nada	<input type="checkbox"/> 2 Me involucré un poco	<input type="checkbox"/> 3 Me involucré completamente
26. ¿Recibió ayuda de alguien para completar esta encuesta?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 3 Sí, alguien del servicio	
	<input type="checkbox"/> 2 Sí, un familiar o amigo/a	<input type="checkbox"/> 4 Sí, otra persona	

Gracias por su tiempo para completar esta encuesta. Recuerde, si alguna parte de esta encuesta le ha afectado emocionalmente, puede hablar con su médico local, trabajador de la salud mental, o llamar a Lifeline al 13 11 14.