

600 Village Walk Drive, Holly Springs, NC 27540

Encuesta CAHPS sobre la cirugía externa o ambulatoria  
(OAS CAHPS®)Una encuesta de pacientes sobre la experiencia con la atención de cirugías y procedimientos ambulatorios 2017

**De acuerdo a la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. El número de control OMB válido para este cuestionario es 0938-1240. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 8 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

Instrucciones Para La Encuesta

Conteste todas las preguntas marcando el cuadrito que aparece a la izquierda de su respuesta.

A veces se le pide que salte algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará cuál es la siguiente pregunta a la que tiene que ir, de esta manera:

Example response checkbox (not checked). Sí

Example response checkbox (checked). No Instructions: **Si contestó “No”, pase a la pregunta 1**

Esta encuesta pregunta acerca de sus experiencias en el centro ambulatorio que se menciona en la carta de presentación. Para esta encuesta, usamos el término “procedimiento” para procedimientos de diagnóstico, cirugías u otros procedimientos. Nos referimos al “centro ambulatorio” como el lugar en donde se realizó su procedimiento.

**Por favor, responda las preguntas solo para el/los procedimiento(s) que tuvo en la fecha que se incluye en la carta de presentación. No incluya ningún otro procedimiento en sus respuestas.**

I. Antes Del Procedimiento

Las primeras preguntas son acerca de la preparación para su procedimiento. **Incluya cualquier información que haya recibido antes o en el día del procedimiento.**

1. Antes del procedimiento, ¿le dio un doctor o alguien del centro ambulatorio toda la información que necesitaba acerca de su procedimiento?
2. Sí, definitivamente
3. Sí, algo
4. No
5. Antes del procedimiento, ¿le dio un doctor o alguien del centro ambulatorio instrucciones fáciles de entender sobre lo que necesitaba para prepararse para su procedimiento?
6. Sí, definitivamente
7. Sí, algo
8. No

II. Acerca Del Centro Ambulatorio y el Personal

Las siguientes preguntas se refieren al día de su procedimiento.

1. ¿Fue fácil el proceso de registro?
2. Sí, definitivamente
3. Sí, algo
4. No
5. ¿Estaba limpio el centro ambulatorio?
6. Sí, definitivamente
7. Sí, algo
8. No
9. ¿Le ayudó el personal administrativo y de recepción del centro ambulatorio tanto como usted pensaba que debían hacerlo?
10. Sí, definitivamente
11. Sí, algo
12. No
13. ¿Le trató el personal administrativo y de recepción del centro ambulatorio con cortesía y respeto?
14. Sí, definitivamente
15. Sí, algo
16. No
17. ¿Le trataron los doctores y enfermeras con cortesía y respeto?
18. Sí, definitivamente
19. Sí, algo
20. No
21. ¿Se aseguraron los doctores y enfermeras que usted estuviera tan cómodo como fuera posible?
22. Sí, definitivamente
23. Sí, algo
24. No

III. Comunicación Sobre Su Procedimiento

**Le recordamos que por favor incluya cualquier información que haya recibido ya sea antes o en el día del procedimiento.**

1. ¿Le explicaron los doctores u enfermeras el procedimiento de tal manera que fue fácil de entender?
2. Sí, definitivamente
3. Sí, algo
4. No
5. La anestesia es algo que le haría sentir sueño o dormir durante el procedimiento. ¿Le dieron anestesia?
6. Sí
7. No Instructions: **Si contestó “No”, pase a la pregunta 13**
8. ¿Le explicó el doctor o alguien del centro ambulatorio el proceso de dar anestesia de tal manera que fue fácil de entender?
9. Sí, definitivamente
10. Sí, algo
11. No
12. ¿Le explicó el doctor o alguien del centro ambulatorio los posibles efectos secundarios de la anestesia de tal manera que fuera fácil de entender?
13. Sí, definitivamente
14. Sí, algo
15. No
16. Las instrucciones al ser dado de alta incluyen observar los síntomas después de su procedimiento, instrucciones sobre los medicamentos y cuidado en el hogar. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿recibió instrucciones por escrito al darle de alta?
17. Sí
18. No

IV. Su Recuperación

1. ¿Le preparó el doctor o alguien del personal del centro ambulatorio sobre qué esperar durante su recuperación?
2. Sí, definitivamente
3. Sí, algo
4. No
5. Algunas maneras para controlar el dolor incluyen medicamentos recetados, medicamentos para el dolor de venta libre o bolsas de hielo. ¿Su doctor o alguien del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tenía dolor como resultado de su procedimiento?
6. Sí, definitivamente
7. Sí, algo
8. No
9. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo dolor debido al procedimiento?
10. Sí
11. No
12. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tenía náusea o vómitos?
13. Sí, definitivamente
14. Sí, algo
15. No
16. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo náusea o vómitos como resultado del procedimiento o la anestesia?
17. Sí
18. No
19. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si sangraba como resultado del procedimiento?
20. Sí, definitivamente
21. Sí, algo
22. No
23. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo sangrado como resultado del procedimiento?
24. Sí
25. No
26. Posibles señales de infección incluyen fiebre, hinchazón, calor, secreción o enrojecimiento. Antes de salir del centro ambulatorio, ¿su doctor o alguien del personal del centro ambulatorio le dio información sobre qué hacer si tuviera señales de infección?
27. Sí, definitivamente
28. Sí, algo
29. No
30. En algún momento después de salir del centro ambulatorio, ¿tuvo señales de infección?
31. Sí
32. No

V. Su Experiencia General

1. Usando un número del 0 al 10, en donde 0 es el peor centro ambulatorio posible y 10 es el mejor centro ambulatorio posible, ¿qué número usaría para calificar éste centro ambulatorio?

0 Peor centro ambulatorio posible

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Mejor centro ambulatorio posible

1. ¿Recomendaría este centro ambulatorio a sus amistades y familia?
2. Definitivamente no
3. Probablemente no
4. Probablemente sí
5. Definitivamente sí

VI. Acerca De Usted

1. En general, ¿cómo calificaría su salud general?
2. Excelente
3. Muy buena
4. Buena
5. Regular
6. Mala
7. En general, ¿cómo calificaría su salud mental o emocional?
8. Excelente
9. Muy buena
10. Buena
11. Regular
12. Mala
13. ¿Qué edad tiene usted?
14. 18 a 24 años
15. 25 a 34 años
16. 35 a 44 años
17. 45 a 54 años
18. 55 a 64 años
19. 65 a 74 años
20. 75 a 79 años
21. 80 a 84 años
22. 85 años o más
23. ¿Es usted hombre o mujer?
24. Hombre
25. Mujer
26. ¿Cuál es el nivel o año escolar más avanzado que usted ha completado?
27. 8 años de escuela o menos
28. 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
29. Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria, preparatoria o su equivalente (o GED)
30. Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
31. Título universitario de 4 años
32. Título universitario de más de 4 años
33. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?
34. Sí, soy de origen hispano, latino o español
35. No, no soy de origen hispano, latino o español Instructions: **Si contestó “No”, pase a la pregunta 32**
36. ¿Cuál grupo lo(a) describe mejor?
37. Mexicano, mexicano americano, chicano
38. Puertorriqueño
39. Cubano
40. Otro origen hispano, latino o español
41. ¿Cuál es su raza? Puede seleccionar una o más categorías.
42. Blanca
43. Negra o afro americana
44. Indígena americana o nativa de Alaska
45. India asiática
46. China
47. Filipina
48. Japonesa
49. Coreana
50. Vietnamita
51. Otra raza asiática
52. Nativa de Hawai
53. Procedente de Guam o Chamorro
54. Samoana
55. Otra raza de las islas del Pacífico
56. ¿Qué tan bien habla usted inglés?
57. Muy bien
58. Bien
59. No bien
60. Nada
61. ¿Habla usted algún otro idioma que no sea inglés en casa?
62. Sí
63. No Instructions: **Si contestó “No”, pase a la pregunta 36**
64. ¿Qué idioma habla en su casa?
65. Español
66. Otro idioma   
    (FAVOR DE ESPECIFICAR):  
       
    *(Favor de usar letra tipo imprenta.)*
67. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?
68. Sí
69. No Instructions: **Si contestó No, vaya al FINAL.**
70. ¿De qué manera le ayudó esa persona? Marque todas las respuestas que correspondan.
71. Me leyó las preguntas
72. Anotó las respuestas que le di
73. Contestó las preguntas por mi
74. Me tradujo las preguntas a mi idioma
75. Me ayudó de alguna otra manera:  
    (EXPLIQUE):  
       
    *(Favor de usar letra tipo imprenta.)*
76. Nadie me ayudó a completar esta encuesta

**FINAL**