

**Iniciativa para desarrollar las capacidades del personal  
Encuesta para pacientes**

**Por favor, conteste la siguiente encuesta. ¡Gracias!**

**Fecha de la encuesta con el paciente:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

**A. DATOS DEMOGRÁFICOS**

**1. ¿Cuál es su género? (Escoja una respuesta)**

- Hombre
- Mujer
- Transgénero: Masculino a femenino
- Transgénero: Femenino a masculino

**2. ¿Cuál fue su género sexual al nacer?**

- Masculino (niño)
- Femenino (niña)

**3. ¿Cuántos años tiene usted?**

**4. ¿Nació usted en los Estados Unidos?**

- Sí
- No
- No sé

**If NO,**

**5. Si no nació en EE.UU., ¿en qué país nació?**

\_\_\_\_\_

**6. ¿En qué idioma prefiere hablar? (Escoja una respuesta)**

- Inglés
- Español
- Otro

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique. \_\_\_\_\_

**7. ¿En qué idioma prefiere recibir información escrita que le dé un doctor, enfermera u otro proveedor de salud? (Escoja una respuesta)**

- Inglés
- Español
- Otro
- Prefiero que los proveedores de salud no me den ninguna información escrita

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique. \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál es su grupo étnico? (Escoja una respuesta)**

- No hispano
- Hispano / Latino

**9. ¿De qué raza es usted? (Marque todas las respuestas que correspondan)**

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Otro

**10. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted terminó? (Escoja una respuesta)**

- Menos de secundaria/preparatoria (*high school*)
- Diploma de secundaria/preparatoria (*high school*) o GED (examen de equivalencia)
- Algunos estudios universitarios
- Título universitario de 2 años (*Associates Degree*)
- Título universitario de 4 años (*Bachelors Degree*)
- Título de Maestría
- Doctorado
- Título profesional (médico, abogado)

**11. ¿Cuál es su orientación sexual? (Escoja una respuesta)**

- Heterosexual / *Straight*
- Bisexual
- Homosexual/ Lesbiana / Gay
- Otro

**12. ¿Cuántas personas, incluyendo a usted mismo, viven en su casa?**

\_\_\_ (Si 1 persona vive en su casa, pase ahora a la pregunta 13a.; si son 2 personas, pase a la 13b.; si son 3 personas, pase a la 13c; si son 4 personas, pase a la 13d; si son 5 personas, 13e; si son 6 personas o más, pase a la pregunta 13f)

**13a. ¿Cuánto ganó usted el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ningún ingreso individual)
- Entre \$1 y \$11,669
- Entre \$11,670 y \$16,242
- Entre \$16,243 y \$29,175
- Entre \$29,176 y \$46,680
- Más de \$46,680

**13b. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$15,729
- Entre \$15,730 y \$21,982
- Entre \$21,983 y \$39,325
- Entre \$39,326 y \$62,920
- Más de \$62,920

**13c. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$19,789
- Entre \$19,790 y \$27,723
- Entre \$27,724 y \$49,475
- Entre \$49,476 y \$79,160
- Más de \$79,160

**13d. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$23,849
- Entre \$23,850 y \$33,464
- Entre \$33,465 y \$59,625
- Entre \$59,626 y \$95,400
- Más de \$95,400

**13e. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$27,909
- Entre \$27,910 y \$39,205
- Entre \$39,206 y \$69,775
- Entre \$69,776 y \$111,640
- Más de \$111,640

**13f. ¿Cuánto ganaron ustedes el año pasado el año pasado? (Escoja una respuesta)**

- \$0 (Ninguno tuvo ingresos)
- Entre \$1 y \$31,969
- Entre \$31,970 y \$44,496
- Entre \$44,497 y \$79,925
- Entre \$79,926 y \$127,880
- Más de \$127,880

**14. ¿En qué CÓDIGO POSTAL ha vivido usted principalmente durante los últimos 12 meses?**

- \_\_\_ \_ \_ \_ \_
- No sé

**15. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha encontrado usted sin techo o con vivienda temporal o inestable? Esto puede incluir hospedarse en casa de otras personas, aunque fuera una sola noche, si no tenía otro lugar en donde dormir.**

- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**16. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha comido usted menos de lo que creía que necesitaba comer porque le ha hecho falta el dinero suficiente para comprar alimentos?**

- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún seguro médico o cobertura de salud? Esto incluye Medicaid y Medicare.**

- Sí
- No
- No sé

**18. Durante los últimos 12 meses, ¿qué seguros médicos o tipos de cobertura médico ha tenido? Marque todos los seguros que ha tenido en los últimos 12 meses.**

	No <sup>(0)</sup>	Sí <sup>(1)</sup>	Prefiero no contestar <sup>(7)</sup>	No sé <sup>(8)</sup>
a. Seguro médico privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ryan White	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ADAP (Programa Ryan White)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tricare o CHAMPUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Veterans Administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Algún seguro proporcionado por el gobierno de su ciudad, condado, estado u otra entidad pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otro seguro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si ha tenido otro tipo de seguro, por favor especifique.**

---

**Si usted contestó SÍ a la pregunta 18.a (Seguro medico privado),**

**19. ¿Quién pagó el costo de su seguro médico privado?**

- Yo mismo
- Mi empleador/trabajo
- El empleador/trabajo de otra persona
- Una agencia gubernamental [Ley de Cuidado de Salud Asequible/Affordable Care Act (ACA o Obama Care), Covered California, Medicaid/Medi-Cal, Medicare]

**20. Durante los últimos 12 meses, ¿ha habido algún cambio en su seguro médico?**

- Sí
- No
- No sé

**Si la respuesta es SÍ,**

**21. Como resultado de este cambio, ¿pasó usted un tiempo sin poder recibir servicios médicos o medicamentos?**

- Sí
- No
- No sé

## **B. PROBLEMAS DE SALUD**

**Las siguientes preguntas tratan sobre el VIH y otros problema de salud.**

**22. ¿En qué mes y año le diagnosticaron el VIH por primera vez?**

\_\_\_ / \_\_\_ mm / aaaa

- No sé

**23. Marque las categorías que mejor describan lo que pudiera haberle puesto en riesgo de contraer el VIH: (Marque todas las respuestas que correspondan)**

- Soy un hombre que ha tenido relaciones sexuales con hombres
- Soy usuario de drogas inyectables
- Tengo hemofilia/un trastorno de coagulación
- He tenido relaciones sexuales con una persona del sexo opuesto (contacto heterosexual)
- He tenido relaciones sexuales con una persona que se inyecta drogas
- He recibido trasfusiones de sangre, componentes de sangre o tejido
- Otro
- No sé

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique.

**24. ¿En qué mes y año lo atendió por primera vez un médico, una enfermera especialista (NP) o asociado médico (PA) para su infección de VIH?**

\_\_\_ / \_\_\_ mm / aaaa

- No sé

**25. ¿Cuál fue el recuento de células CD4 más bajo que haya tenido usted (células/ mm cúbico)? (Escoja una respuesta)**

- Menos de 200
- 200 a 349
- Entre 350 y 499
- 500 o más
- Nunca me han hecho la prueba
- No sé
- Prefiero no contestar

**26. ¿Alguna vez ha tenido una infección o un cáncer relacionado con el VIH/SIDA, como la tuberculosis o el sarcoma de Kaposi?**

- No
- Sí
- No sé
- Prefiero no contestar

**Si la respuesta es SÍ,**

**27. ¿En qué mes y año le diagnosticaron por primera vez una infección o un cáncer relacionado con el VIH/SIDA, como la tuberculosis o el sarcoma de Kaposi?**

\_\_\_ / \_\_\_ (mm / aaaa)

- No sé

**28. ¿Alguna vez le han diagnosticado (dicho que usted tenía) SIDA?**

- Sí
- No
- No sé

**Si la respuesta es SÍ**

**29. ¿En qué mes y año le diagnosticaron el SIDA por primera vez?**

\_\_\_ / \_\_\_ mm / aaaa

- No sé

**30. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones de salud mental? (Marque todas las respuestas que correspondan):**

- Depresión
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno de pánico
- Autismo
- Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD en inglés)
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD en inglés)
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno por hiperactividad con déficit de atención (ADHD en inglés)
- Anorexia
- Bulimia
- Otro
- Nunca me han diagnosticado ningún trastorno de la salud mental

Si la respuesta es “Otro”, por favor especifique \_\_\_\_\_

**Si le han diagnosticado alguna afección de salud mental,**

**31. ¿Lo/La han remitido a servicios para salud mental durante los últimos 12 meses?**

- Sí
- No

**32. ¿Recibió usted estos servicios dentro de los 60 días después de haber sido remitido a ellos?**

- Sí
- No

**33. ¿Alguna vez ha tenido problemas relacionados con el consumo de drogas o alcohol?**

- Sí
- No

**34. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún trastorno relacionado con el consumo de drogas o alcohol (por ejemplo, drogadicción o alcoholismo)?**

- Sí
- No

**Si la respuesta es SÍ,**

**35. ¿Lo/La han remitido a servicios para ayudarle con su consumo de drogas o alcohol durante los últimos 12 meses?**

- Sí
- No

**36. ¿Recibió usted estos servicios dentro de los 60 días después de haber sido remitido a ellos?**

- Sí
- No

**C. Las siguientes preguntas tratan sobre los servicios de salud que usted ha recibido durante los últimos 12 meses.**

**37. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido usted a la sala de emergencias (ER) por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?**

- Sí
- No
- No sé

**Si la respuesta es SÍ,**

**38. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha ido usted a la sala de emergencias (ER) por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?**

— —

**39. Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo hospitalizado una noche o más por alguna razón que no fuera un accidente o una lesión?**

- Sí
- No
- No sé

Si la respuesta es **SÍ**,

**40. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas noches estuvo usted hospitalizado?**

— —

**41. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha visto usted a un proveedor médico (doctor, enfermera especialista NP o asociado médico PA) para su cuidado de VIH?**

— — —

**42. Ahora, pensando en hace 7 a 12 meses, ¿cuántas veces durante ese tiempo vio usted a un proveedor médico (doctor, enfermera especialista NP o asociado médico PA) para su cuidado de VIH?**

— — —

**43. Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado usted más de 6 meses sin ver a un proveedor médico para su cuidado de VIH?**

- Sí
- No
- No sé

**44. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le sacaron sangre para hacerle una prueba de carga viral del VIH?**

— —

**Si le sacaron sangre para hacerle una prueba de carga viral del VIH por lo menos una vez durante los últimos 12 meses,**

**45. La última vez que usted se hizo la prueba de carga viral, ¿cuál fue el resultado?**

- Detectable
- Indetectable
- No sé

**46. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces le sacaron sangre para hacerle un recuento de células CD4?**

— —

**Si le sacaron sangre para hacerle una prueba de células CD4 por lo menos una vez durante los últimos 12 meses,**

**47. ¿Cuál fue el resultado de su prueba de células CD4 más reciente?**

- Menos de 200
- Entre 200 y 349
- Entre 350 y 499
- 500 o más
- No sé

**48. ¿Alguna vez le han recetado medicamentos antirretrovirales para tratar su infección de VIH?**

- Sí
- No
- No sé

**Si la respuesta es SÍ,**

**49. ¿En qué mes y año empezó usted a tomar medicamentos antirretrovirales para tratar su infección de VIH?**

\_\_\_ / \_\_\_ mm / aaaa

**50. Durante los últimos 12 meses, ¿ha durado usted 7 días o más sin tomar los medicamentos antirretrovirales que le recetaron?**

- Sí
- No
- No sé

**51. Marque una de las casillas abajo para indicar con qué frecuencia durante la última semana usted ha podido tomar sus medicamentos antirretrovirales exactamente como su proveedor médico le indicó. Por ejemplo, si no tomó ningún medicamento tal y como el doctor le indicó, marque la casilla del 0%. Si tomó todos los medicamentos como el doctor le indicó, marque la casilla del 100%. Si tomó aproximadamente la mitad de sus medicamentos tal y como el doctor le indicó, marque la casilla del 50%.**

0%     10%     20%     30%     40%     50%     60%     70%     80%     90%     100%

No aplica. Actualmente no me han recetado ningún medicamento antirretroviral para el VIH.

**Las siguientes preguntas tratan sobre los servicios que usted ha recibido en esta clínica.**

**52. En promedio, ¿cuántos minutos le toma a usted llegar a esta clínica?**

\_\_\_

**53. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido acceso a un medio de transporte confiable?**

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**54. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia no ha podido llegar a sus citas (con doctores, trabajadores sociales, etc.) por falta de acceso a transporte (autobús, coche, etc.)?**

- Siempre
- Usualmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

**Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).**

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
<b>55.</b> Cuando usted necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia lo atendieron en esta clínica tan pronto como usted creyó que la necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>56.</b> Sin contar las veces que necesitó atención inmediata, ¿con qué frecuencia obtuvo una cita para que lo atendieran en esta clínica tan pronto como usted creía necesitarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).**

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
<b>57.</b> ¿Con qué frecuencia le fue fácil obtener una cita con alguien que le ayudara a coordinar su atención médica (consejero de beneficios, gerente de casos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>58.</b> ¿Con qué frecuencia le fue fácil conseguir que su plan de salud pagara el costo de la atención, las pruebas o el tratamiento que usted creía que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las siguientes preguntas tratan sobre el cuidado que usted ha recibido durante los últimos 12 meses (marque una respuesta al lado de cada pregunta).**

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
<b>59.</b> ¿Con qué frecuencia el personal de oficina de las clínicas o consultorios médicos le dio un trato cortés y respetuoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>60.</b> ¿Con qué frecuencia el personal de oficina de las clínicas o consultorios médicos fue tan servicial como usted creía que debería serlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**61. ¿Se proporcionan los siguientes servicios en esta clínica?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
<b>a. Pruebas para detectar el VIH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Ayuda para que las personas VIH positivas reciban atención médica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Atención médica para personas que acaban de recibir un diagnóstico de VIH positivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Recetas médicas y monitoreo de la terapia antirretroviral (medicamentos para reducir la cantidad del VIH en el cuerpo)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Cuidado para personas cuya infección de VIH está más avanzada (infecciones oportunistas, cáncer, otras complicaciones)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Consejería sobre beneficios (seguro médico, pago de medicamentos, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Consejería para el apego al tratamiento (ayuda para tomar los medicamentos correctamente)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Consejería conductual (para asuntos de salud mental, consumo de drogas o alcohol)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i. Apoyo social (con compañeros en situaciones similares y/o con profesionales)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**62. ¿Qué tan cómodo se sentiría usted utilizando los siguientes servicios o recomendándolos a un amigo?**

*(Conteste las siguientes preguntas a-i solamente si contestó SÍ a la pregunta 61)*

	Muy incómodo	Incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Cómodo	Muy cómodo
<b>a. Pruebas para detectar el VIH</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>b. Ayuda para que las personas VIH positivas reciban atención médica</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>c. Atención médica para personas que acaban de recibir un diagnóstico de VIH positivo</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>d. Recetas médicas y monitoreo de la terapia antirretroviral (medicamentos para reducir la cantidad del VIH en el cuerpo)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>e. Cuidado para personas cuya infección de VIH está más avanzada (infecciones oportunistas, cáncer, otras complicaciones)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>f. Consejería sobre beneficios (seguro médico, pago de medicamentos, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>g. Consejería para el apego al tratamiento (ayuda para tomar los medicamentos correctamente)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>h. Consejería conductual (para asuntos de salud mental, consumo de drogas o alcohol)</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>i. Apoyo social (con compañeros en situaciones similares y/o con profesionales)</b>	<input type="checkbox"/>					

**¡Gracias por contestar esta encuesta!**