

Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition
Form A.10
(Reviewed and Approved)
Cuestionario de Acceso a Cuidado de Salud (Short Version)



Lugar: _____ **Fecha:** _____

Seleccione el que corresponda?

1. Pre-Test
2. Post-Test
3. Seguimiento
4. Otro

Para uso de oficina: Db __ CR: __ __ __ __ __ Cby: __ __ CDLoc: __ __ DEdate: __ __ __ __ __ __ WAVE: 1 2 3 4 5 6

Introducción

El propósito de esta encuesta es investigar que tan difícil o que tan fácil es para usted obtener servicios de cuidado de salud para así trabajar con usted y con proveedores de cuidado de salud para mejorar los servicios. Esta encuesta incluye varias preguntas acerca de su relación con los proveedores de cuidado de salud e instituciones, y acerca de cualquier dificultad que haya tenido como cliente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda cada pregunta lo mejor que pueda trazando un círculo alrededor de la respuesta que más refleje su opinión.

Preguntas

I. Recursos de Cuidado de Salud

1. ¿Que forma de cuidado medico usa regularmente? (Por favor escoja una sola respuesta)
 - 1) Doctor personal/ Practica general
 - 2) Especialista de diabetes
 - 3) Clínica de salud
 - 4) Hospital
 - 5) Otro: _____

2. ¿Tiene usted un doctor personal que lo atiende regularmente?
 - 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sé

3. ¿Tiene seguro medico actualmente?
 - 1) Sí
 - 2) No

4. ¿Si la respuesta es si, de cual de los siguientes obtiene usted su seguro de salud?
- 1) De su trabajo
 - 2) Del trabajo de su pareja
 - 3) Medicare
 - 4) Medicaid
 - 5) Ambos Medicare y Medicaid
 - 6) Seguro que usted haya comprado
 - 7) No se
5. ¿Esta usted actualmente envuelto/a en un plan de cuidado de salud tipo “managed care”?
- 1) Sí
 - 2) No

II. Acceso a Servicios de Salud

6. Durante el año pasado, ¿ Ha tenido dificultades para obtener tratamiento medico?
- 1) Sí
 - 2) No
7. ¿Que forma de transportación usa generalmente para ir a ver a su proveedor de cuidado de salud?
- 1) Manejo
 - 2) Alguien de la familia o una amistad me lleva
 - 3) Tomo transportación publica
8. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar a su proveedor de cuidado de salud?
- 1) Menos de una hora
 - 2) 1 a 2 horas
 - 3) Mas de dos horas
9. Durante el año pasado, ¿Le han dado prescripciones medicas pero no las pudo obtener?
- 1) Sí
 - 2) No

IV. Competencia Cultural

10. ¿Ha recibido información escrita acerca de diabetes de su proveedor de salud u otros orígenes en el idioma que usted prefiere?
- 1) Sí
 - 2) No
11. ¿En que idioma usted prefiere hablar con su doctor?
- 1) Español
 - 2) Ingles
 - 1) Otro: _____
12. ¿Su doctor habla con usted en el idioma que usted prefiere?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) A veces

13. ¿Su doctor o institución de cuidado de salud provee un interprete?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No Se

V. Comunicación

14. Durante el año pasado, ¿Ha tenido dificultades para entender lo que su doctor u otro profesional de salud le estaba diciendo?

- 1) Sí
- 2) No

Si la respuesta es si, por favor explíquese: _____

15. En general, ¿qué tan satisfecho/a esta usted con la comunicación que usted tiene con su doctor u otro miembro del personal de cuidado de salud acerca de su salud o diabetes?

- 1) Muy satisfecho/a
- 2) Satisfecho/a
- 3) Parcialmente satisfecho/a, parcialmente insatisfecho/a
- 4) Insatisfecho/a
- 5) Muy insatisfecho/a