Site Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Patient Satisfaction Survey for HIV Ambulatory Care (PSS-HIV)

Following each statement or question, please mark the box that best matches your answer or opinion. Please mark only one box for each question, unless other instructions are given.

Your responses will remain private and completely anonymous, so please, speak your mind.



If a statement does not apply to you because you did not encounter the situation described, or did not need or receive a service, please check “does not apply.”

Please answer the questions based on your experiences over the last year (12 months). If you have been coming here for less than 12 months, answer the questions based on your experiences since you started coming here.

Your answers to questions about providers should express your general feeling about all of the people who have provided you with medical care over the past year.



1. I have received medical care here for . . .

Less than 1 year 1 to 2 years 3 to 5 years



Definition of Terms

Staff:

non-medical people (like the receptionist) whom you see when you come for a visit.

Providers:

doctors, physician’s assistants, nurse practitioners or nurses who give you medical care.

more than 5 years

2. My last visit here was . . .

Less than 1 month ago 1 to 2 months ago 3 to 6 months ago More than 6 months ago



3. I would rate my health today as . . .

Poor Fair Good Very good Excellent

Access To HIV Care (In the last 12 months...)



4. Did you ever call the clinic to make an appointment or speak with someone about your care?

Yes No (If No, go to Question 5)

If Yes, what was it like when you called the clinic? (please check all that apply)

I got a busy signal

I was put on hold too long I was disconnected

I left a message and no one called me back

The phone rang many times before it was answered

The person who answered the phone was unfriendly

I talked to several different people before talking to the right person

I don’t like to call because a machine always answers

I got the help I needed

Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey **Core Survey** 23

5. When I needed an appointment, I could schedule one soon enough for my needs.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



6. My providers told me how important it was to keep my appointments.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. If I needed care during off hours (evenings and weekends), I could reach someone at the clinic who could help me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. If I had a medical question, I could get someone on the phone to discuss it with me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

Waiting For Your Appointment (In the last 12 months...)



9. While I checked in and waited for my visit, the staff were unfriendly to me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. HIV-specific educational materials were available for me to read.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



11. I was upset by how long I had to wait for my appointment.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

Your HIV Medical Visit (In the last 12 months...)



12. When I saw my providers, my visits got interrupted (by phone calls, other patients, etc.).

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



13. My providers made sure I understood what my lab test results (such as CD4 and viral load) meant for my health.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



14. I wanted my providers to spend more time with me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



15. I had questions that I wanted to ask my providers about my HIV care but did not ask.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



16. I felt uncomfortable talking about personal or intimate issues with my providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



17. I wanted to be more involved in making decisions about my health care.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



18. If I had a complaint about my medical care, my providers would ignore it.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



19. When I asked my providers questions about my HIV care, it was hard to understand their answers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



20. I found my providers to be accepting and non-judgmental of my life and health care choices.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

24 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey





21. It was hard for me to get my HIV medication prescriptions filled when I needed them.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



1. My providers explained the side effects of my HIV medications in a way I could understand.

YesNoNot Sure

1. My providers suggested ways to help me remember to take my HIV medications.

YesNoNot Sure

1. My providers explained to me what kinds of medical tests I should be getting and how often I should get them.

YesNoNot Sure

1. My providers explained to me how to avoid getting sick.

YesNoNot Sure

1. My providers talked to me about how to avoid passing HIV to other people and how to protect myself from getting infected again with HIV.

YesNoNot Sure

1. My providers talked to me about how to protect myself from getting Hep C or how to avoid passing it on to others if I already had it.

YesNoNot Sure



Referrals (In the last 12 months...)



1. My providers or case managers asked me about my life situation (housing, my finances, etc.), and made a referral if I needed help.

YesNoNot Sure

1. My providers or case managers asked me how I was feeling emotionally and made a referral to a mental health provider, counselor or support group if I needed help.

YesNoNot Sure

1. My providers asked about my teeth and made a referral if I needed to see a dentist.

YesNoNot Sure

1. My providers asked me about how I am eating and made a referral to a nutritionist if I needed help.

YesNoNot Sure

1. My providers asked me whether I needed help to tell my sexual partners about my HIV status and made a referral if I needed help.

YesNoNot Sure

1. My providers asked me about my drug and alcohol use and made a referral if I needed help *(answer only if you* *are not receiving care at a drug treatment center).*

YesNoNot Sure

1. I was able to get the services that my provider referred me to.



All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey 25





35. If there were times you did not get the services you were referred to, please describe the reasons:



Overall Quality of HIV Care (In the last 12 months...)



36. I would rate my providers’ knowledge of the newest developments in HIV medical standards as . . .

Excellent Very Good Average Fair Poor Not Sure



37. When I think about my care at this clinic, these words come to mind (check all that apply):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Excellent | Adequate | Terrible | OK | PoorBusyPersonalCaring | FriendlySafe |
| Rushed | Impersonal | Cold | Warm | DignifiedRespectfulHumiliating | Scary |

UnderstandingOther (please write in) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. I would rate the quality of care at this clinic in comparison to other clinics I know about as...



Much Better Better The Same Worse Much Worse Not Sure



39. I would recommend this clinic to my HIV-positive friends with similar needs.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



1. At any point, did you feel treated poorly at your clinic?

YesNo (If “No,” Skip to Question 41)

If “Yes,” please help us understand why by checking any of the reasons you feel may have caused you to be treated poorly.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| My Race | Yes | No |
| My Age | Yes | No |
| My Gender/Sex | Yes | No |
| My Sexual Orientation | Yes | No |
| My Drug Use | Yes | NoI am not using drugs |
| My Immigration Status | Yes | No |
| My Difficulty Speaking English | Yes | No |

Other (please specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. I got services in the language I wanted.



All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



42. I did not get the medical care I needed because I could not pay for it.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



43. I thought about leaving this clinic to find better care somewhere else.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



44. The staff and my providers kept my HIV status confidential.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

26 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey





Improvements



1. What would you add or change to make the clinic a better place for yourself and other patients?
2. Is there anything else that you would like to say about your HIV care at this clinic?



A Little Information About You

These questions are being asked to make sure we are hearing from all kinds of patients.



47. I have family members, friends, or professionals who give me a lot of support.

Strongly Agree Agree Disagree Strongly disagree



48. My sex/gender is...

Female Male Transgender (M to F) Transgender (F to M)



49. My sexual orientation is...

Straight/heterosexual Gay/lesbian/homosexual Bisexual Not sure



50. My racial/ethnic background is . . . (please check all that apply)

African American/Black Hispanic/Latino Asian/Pacific Islander Native American/Alaska Native White

Other (please specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. My age is...



Below 20 20 to 29 30 to 39 40 to 49 50 to 59 60 to 69 70 or above



1. I have completed this survey ...

By myself, with no helpWith some help from the clinic staff

With someone reading the survey to me and filling it out based on my answers



Thank you for taking the time to complete this survey.

There may be additional pages attached which ask you about case management services, substance use services, mental health services, women’s health services, and Medicaid managed care.

When you are finished, please return the survey to the person or place designated by the clinic.

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey 27



Case Management Module



Did you receive Case Management services here in the last year? Yes No

If “Yes,” please complete this section. If “No,” please skip this section.

This section is about the case management services you received here. Please answer these questions based on your experiences over the last 12 months. If you have been coming here for less than 12 months, answer the ques-tions based on your experiences since you started coming here.



Definition of Terms

Case Manager: case manager, case worker, case technician, or social worker who provided you with case management services.

In the last 12 months ...



1. I got case management services here from: (please check all that apply)

|  |  |
| --- | --- |
| Case managerSocial workerDrug treatment counselor | Nurse |
| Other (please specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Not Sure |



2. My case manager went over my service plan and updated it with me every 3 months.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



3. When I needed an appointment, I could see my case manager soon enough for my needs.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



4. My case manager helped me get services both here and, if needed, at other places.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



5. My case manager was able to work quickly to get me what I needed.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



6. My case manager was good at showing me how I could help myself.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. My case manager was responsible and professional.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. I found it hard to talk to my case manager.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Case Management Module 29





9. I felt comfortable sharing my feelings and problems with my case manager.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. I wanted my case manager to spend more time with me to help me with my problems.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



11. I wanted to be more involved in making decisions about my service plan and goals.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



12. My case manager involved my family and friends in my care as much as I wanted.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



13. I felt I would get in trouble if I disagreed with or complained about my case manager.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



14. Overall, my life ran more smoothly because of the help I got from my case manager.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



15. My case manager and my HIV medical care providers worked together to help me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



1. If I knew someone who was HIV-positive and needed a case manager, I would refer her or him to this program for help.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



17. Overall, I am satisfied with the case management services I received over the past 12 months.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



18. What would you change to make the case management program better for yourself and other clients?



30 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Case Management Module



Outpatient Substance Use Treatment Module



Did you receive substance use services here in the last year? Yes No

If “Yes,” please complete this section. If “No,” please skip this section.

This section is about the substance use treatment services you received here for alcohol or drug use. Please answer these questions based on your experiences over the last 12 months. If you have been coming here for less than 12 months, answer the questions based on your experiences since you started coming here.

In the last 12 months ...



1. When I needed an appointment, I could see my substance use counselors soon enough for my needs.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



2. My substance use counselors were responsible and professional.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



3. My substance use counselors knew about both substance use *and* HIV.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



4. I found it hard to relate to my substance use counselors.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



5. The program rules were enforced fairly by the staff.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



6. I felt I would get in trouble if I disagreed with or complained about my substance use counselors.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. I wish that the classes I went to had taught me more about taking care of myself.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. I was afraid to be seen going for HIV services in the facility.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



9. My substance use counselors, case manager, and HIV medical providers worked together to help me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. I wanted to have more time in *group* therapy to meet my needs.

Yes No Does Not Apply



11. I wanted to have more time in *individual* therapy to meet my needs.

Yes No Does Not Apply



12. If I relapsed, my substance use counselors explained ways to reduce the harm of drug use.

Yes No Does Not Apply



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Outpatient Substance | 31 |
|  |  | Use Treatment Module |



13. If I needed it, my substance use counselors helped me to get into a residential drug treatment program.

Yes No Does Not Apply



1. My substance use counselors understood where I was with my recovery and helped me to reduce or eliminate my drug use.

Yes No Not Sure Does Not Apply



1. My substance use counselors explained to me in a way I could understand how my substance use treatment (for example, methadone) and my HIV medications might interact.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



16. My substance use counselors helped me to achieve my substance use treatment plan goals.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree I didn’t have a treatment plan



17. Clients should have had more help in transitioning out of the program.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Don’t Know



18. The program helped me to feel better about myself.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



19. The program helped me to reduce my substance use.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



1. If I knew someone who was HIV-positive and had a substance use problem, I would refer her or him to this program for help.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



21. Overall, I am satisfied with the substance use services I received over the past 12 months.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



1. Please answer this question only if you are in a methadone maintenance program: The dispensing line was too slow.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



23. What would you change to make the substance use treatment program better for yourself and other clients?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 32 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Outpatient Substance Use |
|  |  | Treatment Module |

Mental Health Services Module



Did you receive mental health services here in the last year? Yes No

If “Yes,” please complete this section. If “No,” please skip this section.

This section is about the mental health services you receive here. Please answer these questions based on your experiences over the last 12 months. If you have been coming here for less than 12 months, answer the questions based on your experiences since you started coming here.



Definition of Terms

Mental Health Providers: your therapist, psychiatrist, psychologist, nurse, social worker, or any other licensed pro-fessional who provided you with mental health services.

Mental Health Services: includes individual therapy, group therapy, or prescribing psychiatric medications.

In the last 12 months...



1. I got mental health services here from: (please check all that apply)

Psychiatrist Psychologist Psychiatric nurse Social worker

Other (please specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Not Sure



2. I received mental health services because:

I asked for help A staff person suggested that I get help

Other (please specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Not Sure



3. When I needed an appointment, I could see my mental health providers soon enough for my needs.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



4. My mental health providers were responsible and professional.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



5. My mental health providers knew how HIV affects my mental health.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



6. I found it hard to talk to my mental health providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. I felt comfortable sharing my feelings and problems with my mental health providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. My mental health providers didn’t seem to care how I was feeling.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Mental Health Services | 33 |
|  |  | Module |



9. I wanted my mental health providers to spend more time with me to help me deal with my problems.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. I wanted to be more involved in making decisions about my mental health treatment.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



11. My mental health providers involved my family and friends in my mental health treatment as much as I wanted.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



12. I felt I would get in trouble if I disagreed with or complained about my mental health providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



13. My mental health providers and my HIV medical providers worked together to help me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



14. I wanted to have more time in *group* therapy to meet my needs.

Yes No Does Not Apply



15. I needed more information about the purpose of my psychiatric medications and their side effects.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



1. My providers explained to me in a way I could understand how my psychiatric medications interact with my HIV medications.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



17. Overall, I felt better as a result of my mental health treatment.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



1. If I knew someone who was HIV-positive and had mental health problems, I would refer her or him to this program for help.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



19. Overall, I am satisfied with the mental health services I received over the past 12 months.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



20. What would you change to make mental health services better for yourself and other clients?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 34 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Mental Health Services |
|  |  | Module |

Women’s Health Care Module



Did you receive women’s health care services here in the last year? Yes No

If “Yes,” please complete this section. If “No,” please skip this section.

This section is about the women’s health care services you received here. Please answer these questions based on your experiences over the last 12 months. If you have been coming here for less than 12 months, answer the ques-tions based on your experiences since you started coming here.



Definition of Terms

Women’s Health Providers: obstetrician, gynecologist, physician’s assistants, nurse practitioners or nurses who pro-vided you with women’s medical care.

In the last 12 months...



1. It was difficult for me to get an appointment with my women’s health providers for a date and time I wanted.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



2. My women’s health providers were responsible and professional.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



3. My women’s health providers knew about the latest medical developments for women with HIV.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



4. I found it hard to talk to my women’s health providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



5. I felt comfortable talking to my women’s health providers about my sex life.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



6. My women’s health providers explained to me what was going to be done during the physical exam.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. I wanted to be more involved in making decisions about my care.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. I felt I would get in trouble if I disagreed with or complained about my women’s health providers.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



9. The clinic provided adequate child care during my appointments.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. My women’s health care providers and my HIV medical providers worked together to help me.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Women’s Health Care | 35 |
|  |  | Module |



1. I had questions about using or getting birth control, but my women’s health providers did not answer them in a way I could understand.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



1. I had questions about pregnancy and prenatal care, but my women’s health providers did not answer them in a way I could understand.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



1. I had questions about menopause, but my women’s health providers did not answer them in a way I could understand.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



1. My women’s health providers helped me understand the differences between symptoms of normal aging, HIV symptoms, and side effects of medication.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



15. My women’s health providers screened me for sexually transmitted diseases.

Yes No Not Sure Does Not Apply



16. Overall, my women’s health care has helped me.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



17. If I knew a woman who was HIV-positive and needed medical care, I would refer her to this program.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



18. Overall, I am satisfied with the women’s health care I received over the past 12 months.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



19. What would you change to make the women’s health care program better for yourself and other women?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 36 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Women’s Health Care |
|  |  | Module |

Medicaid Managed Care Module



Are you enrolled in a Medicaid managed care plan? Yes No

If “Yes,” please complete this section. If “No,” please skip this section.

This section is about your experiences with your Medicaid managed care plan. The following questions focus on your satisfaction with the plan itself and not on the quality of the medical care you receive. Please answer these questions based on your experiences over the last 12 months. If you have been in this managed care plan for less than 12 months, answer the questions based on your experiences with the plan so far.



Definition of Terms

Medicaid Managed Care Plan: the agency or company that coordinates your Medicaid services.



1. The Medicaid managed care plan I am enrolled in is specifically for people who are HIV-positive.

Yes No Not Sure



2. Someone explained my Medicaid managed care plan to me in a way I could understand.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply



3. I was discouraged from joining this managed care plan because I was HIV-positive.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree Does Not Apply

In the last 12 months...



4. The written materials about my plan and its benefits were difficult to understand.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



5. When I had a complaint, my plan took it seriously.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



1. My plan was good at making sure that my children’s health care and my HIV-positive partner’s health care were covered.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



7. I wanted to see a doctor that was outside of my plan.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



8. I wanted a service that was not covered by my plan.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



9. It was difficult to get referrals to specialists in my plan.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



10. I had difficulty getting the HIV care I needed.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Medicaid Managed Care | 37 |
|  |  | Module |



11. I had to go to an emergency room to get care.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



12. My plan covered mental health services as much as I needed.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



13. My plan covered alcohol and drug use treatment as much as I needed.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| All of the Time | Most Times | Sometimes | Rarely | Never | Does Not Apply |
|  |  |  |  |
| 14. My plan protected my confidentiality. |  |  |  |
| All of the Time | Most Times | Sometimes | Rarely | Never | Does Not Apply |



15. I considered changing from this plan to another one.

All of the Time Most Times Sometimes Rarely Never Does Not Apply



16. My HIV care improved after switching to a managed care plan.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



17. If I knew someone who was HIV-positive and on Medicaid, I would recommend this plan to him or her.

Definitely Yes Maybe Definitely Not Not Sure



18. Overall, I was satisfied with this Medicaid managed care plan during the past 12 months.

Strongly Disagree Disagree Agree Strongly Agree



19. What would you change to make the plan better for yourself and others?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 38 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Medicaid Managed Care |
|  |  | Module |

Nombre de Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Encuesta de Satisfacción de Pacientes

de Centros Ambulatorios de Servicios Médicos para el VIH



Después de cada frase o pregunta, por favor mar-que el cuadrado que mejor describe su respuesta u opinión. Por favor marque sólo un cuadrado por pre-gunta, a no ser que hayan otras instrucciones.

Si una frase no le aplica a usted porque a usted no le pasó la situación descrita, o no necesitó o recibió un servicio, por favor marque “no aplica.”

Por favor responda a las preguntas basadas en sus experiencias durante el último año (doce meses). Si usted ha estado viniendo aquí por menos de 12 meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias desde que usted empezó a venir aquí.

Definición de Términos

Empleados: personas que no son médicos (como la recepcionista) que usted ve cuando viene a una visita. Proveedores: los médicos, asistentes de médico, o enfermeras que les dan servicio médico.

Sus respuestas a preguntas sobre proveedores deben expresar su sentimiento general sobre todas las personas que le han dado atención médica durante el último año.

Sus respuestas se mantendrán completamente anóni-mas, así que por favor díganos todo lo que piensa.



1. He recibido cuidado médico aquí . . .

por menos de un año entre uno y dos años entre tres y cinco años más de cinco años



2. Mi última visita aquí fue hace . . .

menos de un mes entre uno y dos meses entre tres y seis meses más de seis meses



3. Yo clasificaría mi salud hoy como . . .

mal regular bien muy bien excelente

Acceso A Los Servicios Médicos Para El VIH (En los últimos doce meses...)



1. ¿Alguna vez llamó a la clínica para hacer una cita o hablar con alguien sobre su cuidado médico?

SíNo (Si contesta no, vaya directo a la pregunta 5)

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey 39





Si su respuesta fue sí, cómo le fue cuando llamó a la clínica? (por favor marque todas las respuestas que apliquen):

El teléfono estaba ocupado

Me pusieron en espera mucho tiempo Me desconectaron la llamada

Dejé un mensaje y nadie me contestó la llamada

El teléfono sonó muchas veces antes de que lo contestaran

La persona que contestó el teléfono no fue amistosa

Hablé con varias personas antes de hablar con la persona que necesitaba

No me gusta llamar porque una máquina siempre responde

Recibí la ayuda que necesitaba

Otra cosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



5. Cuando necesitaba una cita, generalmente podía hacerla bastante pronto para mis necesidades.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



6. Mis proveedores me dijeron lo importante que era que yo mantuviera mis citas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Si necesitaba atención médica durante la noche o los fines de semana, generalmente podía conseguir a alguien de la clínica que me podía ayudar.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



8. Cuando tenía una pregunta médica, podía hablar con alguien por teléfono acerca de mi pregunta.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica

Esperando Por La Cita Para Ver Al Médico (En los últimos doce meses...)



9. Cuando me presenté para la visita médica y esperé, los empleados no fueron amables conmigo.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



10. Habían folletos educacionales acerca del VIH que yo podía leer.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



11. Yo he estado frustrado por el tiempo que he tenido que esperar por las visitas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica

La Visita Médica Del VIH (En los últimos doce meses...)



12. Cuando veía a mis proveedores, las visitas fueron interrumpidas (por llamadas telefónicas, por otros pacientes, etc.).

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mis proveedores se aseguraban de que yo entendía mis resultados de laboratorio (como mi CD4 y nivel viral) y lo que significaban para mi salud.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



14. Yo quise que mis proveedores tomaran mas tiempo conmigo.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



15. Tuve preguntas que quería hacerle a mis proveedores sobre mi cuidado para el VIH pero no las hice.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica

40 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey





16. Me sentí incomodo hablando sobre asuntos personales e íntimos con mis proveedores.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



17. Yo quise participar mas en decisiones sobre mi tratamiento.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



18. Si tenía una queja acerca de mi cuidado médico, mis proveedores la ignoraban.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



19. Cuando hacía preguntas acerca de mi cuidado para el VIH, era difícil entender las respuestas de mis proveedores.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



20. He encontrado que mis proveedores aceptan y no juzgan mi modo de vida y mis preferencias de cuidados médicos.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



21. Fue difícil llenar las recetas para las medicinas para el VIH cuando las necesitaba.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mis proveedores me explicaron los efectos secundarios de mis medicamentos para el VIH en una forma que yo pude entender.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me sugirieron formas para ayudarme a recordar tomar mis medicamentos para el VIH.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me explicaron que tipo de exámenes médicos debía hacerme y con que frecuencia.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me explicaron como prevenir enfermedades.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me explicaron como evitar trasmitir el VIH a otras personas y como protegerme de una re-infección del VIH.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me explicaron como protegerme para evitar infectarme con la Hepatitis C y para no trasmitirla a otras personas si ya la tenía.

SíNoNo Seguro



Referidos (En los últimos doce meses...)



1. Mis proveedores o trabajadores sociales me preguntaron sobre la situación de mi vida (mi vivienda, mi situación económica, etc.) y me refirieron a los servicios apropiados si necesitaba ayuda.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores o trabajadores sociales me preguntaron como me sentía emocionalmente y me refirieron a un proveedor de servicios de salud mental, un consejero o un grupo de apoyo si necesitaba ayuda.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me preguntaron acerca de mi dentadura y me refirieron a un dentista si lo necesitaba.

SíNoNo Seguro



NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey 41





1. Mis proveedores me preguntaron como yo estaba comiendo y me refirieron a un nutricionista si necesitaba ayuda.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me preguntaron si necesitaba ayuda para decirle a mis compañeros sexuales sobre mi estado de VIH y me refirieron a servicios si necesitaba ayuda.

SíNoNo Seguro

1. Mis proveedores me preguntaron acerca de mi uso de drogas y alcohol y me refirieron a servicios si necesitaba ayuda *(responda a esta pregunta solamente si usted no está recibiendo servicios en un centro de* *tratamiento de drogas)*.

SíNoNo Seguro

1. Pude conseguir los servicios a los cuales mis proveedores me refirieron.



Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



35. Si hubieron ocasiones cuando no recibió los servicios a los cuales fue referido, por favor describa las razones:



Calidad De La Atencion Médica Del VIH (En los últimos doce meses...)



1. Yo calificaría el conocimiento de mis proveedores sobre los nuevos tratamientos e investigaciones científicas del VIH como . . .

Excelente Muy bueno Promedio Regular Malo No seguro



1. Cuando yo pienso acerca de mi atención médica en esta clínica, éstas son las palabras que vienen a mi mente (marque todas las que apliquen):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Excelente | Adecuada | Terrible | OK | PobreOcupadaPersonalCuidadosaAmistosa |
| SeguraApresurada | Impersonal | Fría | AfectuosaDignaRespetuosaHumillante |
| Daba Miedo | ComprensivaOtra cosa (por favor escríbelo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



38. Yo calificaría la calidad de los servicios en esta clínica en comparación a otras clínicas que yo conozco como. . .

Mucho mejor Mejor Igual Peor Mucho peor No seguro



1. Yo recomendaría esta clínica a mis amigos que ser VIH positivo y que tienen necesidades similares a las mías…

Definitivamente sí Quizás Definitivamente no No seguro



40. ¿En algún momento, usted se sintió mal tratado en esta clínica?

Sí No (si su respuesta es no, siga a la pregunta 41)

Si su respuesta es sí, por favor ayúdenos a entender el porqué, marcando cualquiera de las razones que usted crea que han sido la causa del mal trato.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mi raza | Sí | No | Mi uso de drogas | Sí | NoYo no estoy usando drogas |
| Mi edad | Sí | No | Mi estado de inmigración | Sí | No |
| Mi sexo | Sí | No | Mi dificultad hablando inglés | Sí | No |
| Mi orientación sexual | Sí | No | Otra razón (por favor, especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

42 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey





41. Yo conseguí servicios en el idioma que yo quise.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



42. A veces no recibí el cuidado médico que necesité porque no pude pagarlo.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



43. He pensado dejar esta clínica para buscar mejor cuidado médico en otro lugar.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



44. Los empleados y mis proveedores han mantenido mi estado de VIH confidencial.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica

Mejoras



1. ¿Qué usted añadiría o cambiaría para hacer esta clínica un lugar mejor para usted y otros pacientes?
2. ¿Hay algo más que usted quisiera decir acerca de su cuidado médico del VIH en esta clínica?



Un Poco De Información Sobre Usted

Estamos haciendo éstas preguntas para asegurar que estamos escuchando las opiniones de todos los tipos de pacientes.



47. Tengo familia, amigos o profesionales que me dan mucho apoyo.

Completamente de acuerdo De acuerdo No de acuerdo Completamente no de acuerdo



48. Soy. . .

mujer hombre transgénero (hombre a mujer) transgénero (mujer a hombre)



49. Mi orientación sexual es . . .

heterosexual lesbiana/homosexual bisexual no seguro



50. Mi raza/origen étnico es . . . (por favor escoja todos los que aplican)

Afro-Americano/Negro Hispano/Latino Asiático /de las Islas del Pacífico Nativo Americano/Nativo Alaska

BlancoOtra (por favor, especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Mi edad es . . .



menos de 20 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 o más



1. Estoy llenando esta encuesta. . .

solo, sin ayudacon alguna ayuda de los empleados de la clínica

con alguien leyéndome las preguntas y llenando la encuesta basado en mis respuestas

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey 43





Gracias por tomar el tiempo para completar esta encuesta.

Pueden haber páginas adicionales donde le preguntamos acerca de los servicios sociales, servicios de tratamiento de uso de drogas, servicios de salud mental, servicios de salud de mujeres, y de “Medicaid managed care” (manejo del programa de asistencia médica)

Por favor devuelva la encuesta a la persona o al lugar indicado por la clínica.

44 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Core Survey



Seccion de Servicios Sociales



¿Recibió servicios sociales aquí en el último año? Sí No

Si su respuesta fué sí, por favor complete esta sección de la encuesta. Si su respuesta fue no, no complete esta sección.

Esta sección se trata de los servicios sociales que usted ha recibido aquí. Por favor conteste estas preguntas basadas en sus experiencias en los últimos doce meses. Si usted ha estado viniendo aquí por menos de 12 meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias desde que usted empezó a venir aquí.



Definición de Términos

Trabajador social: "case manager" (manejador de casos), "case technician" (tecnico de casos), o su trabajador social quien le ha dado a usted los servicios sociales.

En los últimos doce meses…



1. Recibí servicios sociales aquí de (por favor marque todos lo que aplican):

|  |  |
| --- | --- |
|  | un "case manager"un trabajador socialun consejero para uso de drogasuna enfermera |
|  | otra persona (por favor especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | no seguro |



2. Mi trabajador social revisó mi plan de servicio y lo puso al día conmigo cada 3 meses.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



3. Cuando necesité una cita, yo pude ver a mi trabajador social tan pronto como yo la necesité.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



4. Mi trabajador social me ayudó a conseguir servicios aquí y en otros lugares si lo necesitaba.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



5. Mi trabajador social pudo trabajar rapidamente para conseguir lo que yo necesitaba.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



6. Mi trabajador social fué muy buena en eseñarme como ayudarme a mi mismo.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



7. Mi trabajador social fue responsable y profesional.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



8. Encontré difícil hablar con mi trabajador social.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica

NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Case Management Module 45





9. Me sentí cómodo compartiendo mis sentimientos y problemas con mi trabajador social.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



10. Yo quise que mi trabajador social pasara más tiempo conmigo para ayudarme a resolver mis problemas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



11. Yo quise estar más envuelto en hacer decisiones sobre mi plan de servicio y mis metas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Todo El Tiempo | La mayoría del tiempo | Algunas veces | Casi Nunca | Nunca | No Aplica |
|  |  |
| 12. Mi trabajador social envolvió a mi familia y amigos en mi caso todo lo que yo queria |  |
| Todo El Tiempo | La mayoría del tiempo | Algunas veces | Casi Nunca | Nunca | No Aplica |



13. Pensé que tendria problemas si no estaba de acuerdo o me quejaba de mi trabajador social.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



14. En general, mi vida anduvo mejor por la ayuda que recibí de mi trabajador social.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



15. Mi trabajador social y mi proveedor de tratamiento médico de VIH trabajaron juntos para ayudarme.lllllllllll

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Si yo conociera a alguien con el VIH y que necesitará un trabajador social, yo lo referiría a este programa para ayuda.

Definitivamente Sí Quizás Definitivamente No No Estoy Seguro



17. En general, estoy satisfecho con los servicios sociales que recibí durante los últimos doce meses.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



18. ¿Qué cambiaría para mejorar este programa de servicios sociales para usted y otros clientes?



46 NYSDOH AI Patient Satisfaction Survey Case Management Module



Seccion de Tratamiento de uso de Drogas en Consulta Externa



¿Recibió servicios de tratamiento para uso de drogas aquí en el último año?: Sí No

Si su respuesta fue sí, por favor complete esta sección de la encuesta. Si su respuesta fue no, no complete esta sección.

Esta sección se trata de los servicios que usted recibió aquí para el tratamiento del uso de alcohol y drogas. Por favor conteste estas preguntas basadas en sus experiencias en los últimos doce meses. Si usted ha estado viniendo aquí por menos de 12 meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias desde que usted empezó a venir aquí.

En los últimos doce meses…



1. Cuando necesité una cita, yo pude ver a mis consejeros para uso de drogas tan pronto como los necesité.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



2. Mis consejeros para uso de drogas fueron responsables y profesionales.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



3. Mis consejeros para uso de drogas sabían del VIH así como el uso de drogas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



4. Encontré difícil relacionarme con mis consejeros para uso de drogas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



5. Las reglas del programa fueron impuestas justamente por los empleados.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



6. Pensé que tendría problemas si no estaba de acuerdo o me quejaba de mis consejeros para uso de drogas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



7. Deseé que las clases vocacionales y educacionales me hubieran enseñado más de como cuidarme.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



8. Tenía miedo de ser visto ir a los servicios del VIH en la clínica.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mi consejero para el uso de drogas, y mis proveedores de servicios médicos para el VIH trabajaron juntos para ayudarme.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



10. Yo quise más tiempo en terapia *de grupo* para atender mis necesidades.

Sí No No Aplica



11. Yo quise más tiempo en terapia *individual* para atender mis necesidades.

Sí No No Aplica



1. Si comencé a usar drogas otra vez, mis consejeros para el uso de drogas explicaron como reducir el daño del uso de drogas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sí | NoNo Aplica |  |  |
|  |  |  |  |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Outpatient Substance | 47 |
|  |  | Use Treatment Module |



1. Si lo necesité, mis consejeros para el uso de drogas me ayudaron a entrar en un centro residencial de tratamiento para uso de drogas.

Sí No No Aplica



1. Mis consejeros para uso de drogas comprendieron el estado de mi recuperación, y me ayudaron a reducir o eliminar mi uso de drogas.

Sí No No estoy seguro No Aplica



1. Mis consejeros para el uso de drogas me explicaron, en forma que podia entender, como mi tratamiento para el uso de drogas o alcohol (por ejemplo, la metadona) y mis medicamentos par el VIH podrian interactuar.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Mis consejeros para el uso de drogas me ayudaron a lograr las metas de mi plan de tratamiento para el uso de drogas.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo

Yo no tenía un plan tratamiento

1. Clientes deberían haber recibido más ayuda en la transición al terminar el programa.



Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo

No Estoy Seguro

1. El programa me ayudó a sentirme mejor conmigo mismo.



Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



19. El programa me ayudó a reducir mi uso de drogas o alcohol.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



1. Si yo conociera a alguien con VIH y que tuviera un problema con el uso de drogas o alcohol, yo lo referiría a este programa para ayuda.

Definitivamente Sí Quizás Definitivamente No No Estoy Seguro



1. En general, estoy satisfecho con los servicios de tratamiento de drogas que recibí durante los últimos doce meses.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



1. Por favor, conteste esta pregunta solamente si usted está en un programa de mantenimiento de metadona: La línea de distribución era muy larga.

Todo el tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



23. ¿Qué cambiaría para mejorar el programa de tratamiento de drogas para usted y otros clientes?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 48 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Outpatient Substance |
|  |  | Use Treatment Module |

Seccion de Servicios de Salud Mental



¿Recibió servicios de salud mental aquí en el último año?: Sí No

Si su respuesta fue sí, por favor complete esta sección de la encuesta. Si su respuesta fue no, no complete esta sección.

Esta sección de la encuesta se trata de los servicios de salud mental que usted recibe aquí. Por favor conteste estas preguntas basadas en sus experiencias en los últimos doce meses. Si usted ha estado viniendo aquí por menos de 12 meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias desde que usted empezó a venir aquí.



Definición de Términos

Proveedor de servicio de salud mental: terapista, psiquiatra, psicólogo, enfermero, tarbajador social, o cualquier otro profesional con licencia que le ofrece a usted servicios de salud mental.

Servicios de salud mental: terapia individual, terapia en grupo, o el recetar medicamentos psiquiátricos.

En los últimos doce meses…



1. Recibí servicios de salud mental aquí de (por favor marque todos lo que aplican):

|  |  |
| --- | --- |
| un psiquiatra | un psicólogoun enfermero de psiquiatriaun trabajador social |
| otra persona (por favor especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | no seguro |
|  |  |
| 2. Recibí servicios de salud mental porque: |  |
| yo pedí ayuda | un trabajador aquí recomendo que yo recibiera ayuda |
| otra razón (por favor especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | no seguro |



1. Cuando necesité una cita, yo pude ver a mis proveedores de servicios de salud mental tan pronto como yo los necesité.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



4. Mis proveedores de servicios de salud mental fueron responsables y profesionales.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



5. Mis proveedores de servicios de salud mental sabián como el VIH affecta mi salud mental.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



6. Encontré difícil hablar con mis proveedores de servicios de salud mental.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



7. Me sentí cómodo compartiendo mis sentimientos y problemas con mis proveedores de servicios de salud mental.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



8. A mis proveedores no parecia importarles como me sentía.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Mental Health Services | 49 |
|  |  | Module |



1. Yo quise que mis proveedores de servicios de salud mental tomaran más tiempo conmigo para ayudarme a resolver mis problemas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



10. Yo quise participar más en hacer decisiones sobre el tratamiento de mi salud mental.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud mental envolvieron a mi familia y amigos en el tratamiento de mi salud mental todo lo que yo queria.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Pensé que tendria problemas si no estaba de acuerdo o me quejaba de mis proveedores de servicios de salud mental.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud mental y mi proveedor de tratamiento médico de VIH trabajaron juntos para ayudarme.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



14. Yo quise más tiempo en terapia *de grupo* para atender mis necesidades.

Sí No No Aplica



15. Yo necesitaba más información sobre el objetivo de mis medicamentos psiquiátricos y sus efectos secundarios.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud mental me explicaron en una forma que yo podia entender como mis medicamentos psiquiátricos interactuan con mis medicamentos para el VIH.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



17. En general, me sentí mejor como resultado del tratamiento de mi salud mental.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



18. Si yo conociera a alguien con el VIH y problemas de salud mental, yo lo referiría a este programa para ayuda.

Definitivamente Sí Quizás Definitivamente No No Estoy Seguro



19. En general, estoy satisfecho con los servicios de salud mental que he recibido durante los últimos doce meses.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



20. ¿Qué cambiaría para mejorar los servicios de salud mental para usted y otros clientes?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 50 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Mental Health Services |
|  |  | Module |

Seccion de Servicios de Salud de Mujeres



¿Recibió servicios de salud de mujeres aquí en el último año?: Sí No

Si su respuesta fue sí, por favor complete esta sección de la encuesta. Si su respuesta fue no, no complete esta sección.

Esta sección es acerca de los servicios de salud de mujeres que usted recibió aquí. Por favor responda a estas preguntas basadas en sus experiencias en los últimos doce meses. Si usted ha estado viniendo aquí por menos de 12 meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias desde que usted empezó a venir aquí.



Definición de Términos

Proveedor de salud de mujeres: obstetra, ginecólogo, asistente médico o los enfermeros que le han dado a usted los servicios de salud de mujeres.

En los últimos doce meses…



1. Me fué difícil conseguir una cita con mis proveedores de salud de mujeres para el dia y la hora que yo queria.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



2. Mis proveedores de servicios de salud de mujeres fueron responsables y profesionales.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud de mujeres sabían acerca de los últimos conocimientos médicos en el VIH en mujeres.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



4. Encontré difícil hablar con mis proveedores de servicios de salud de mujeres.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



5. Me sentí cómoda hablando con mis proveedores de servicios de salud de mujeres acerca de mi vida sexual.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



6. Mis proveedores de servicios de salud de mujeres me explicaron lo que me iban a hacer durante el examen físico.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



7. Yo quise participar más en hacer decisiones sobre mi cuidado médico.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Pensé que tendria problemas si no estaba de acuerdo o me quejaba de mis proveedores de servicios de salud de mujeres.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



9. La clínica ofrecia cuidado adequado para los niños durante mis citas.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Women’s Health Care | 51 |
|  |  | Module |



1. Mis proveedores de servicos de salud de mujeres y mis proveedores de tratamiento médico de VIH trabajaron juntos para ayudarme.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Tuve preguntas sobre el uso y como conseguir anticonceptivos, pero mis proveedores de servicios de salud de mujeres no contestaron en una forma que yo pude entender.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Tuve preguntas sobre el embarazo y el cuidado prenatal, pero mis proveedores de servicios de salud de mujeres no contestaron en una forma que yo pude entender.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Tuve preguntas sobre la menopausia, pero mis proveedores de servicios de salud de mujeres no contestaron en una forma que yo pude entender.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud de mujeres me ayudaron a entender las diferencias entre los síntomas del envejecimiento normal, del VIH, y los efectos secundarios del las medicinas.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



1. Mis proveedores de servicios de salud de mujeres me hicieron pruebas para enfermedades transmitidas sexualemente.

Sí No No estoy segura No Aplica



16. En general, los servicios de salud de mujeres que he recibido me han ayudado.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



17. Si yo conociera a una mujer con el VIH y que necesitara servicios médicos, yo la referiría a este programa.

Definitivamente Sí Quizás Definitivamente No No Estoy Seguro



1. En general, estoy satisfecha con los servicios de salud de mujeres que he recibido durante los últimos doce meses.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



19. ¿Qué cambiaría para mejorar el programa de servicios de salud mujeres para usted y otra mujeres?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 52 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Women’s Health Care |
|  |  | Module |

Seccion de ”Medicaid Managed Care” (Manejo del Programa de Asisitencia Médica)



¿Está inscrito en un plan de “Medicaid managed care?” Sí No

Si su respuesta fue sí, por favor complete esta sección de la encuesta. Si su respuesta fue no, no complete esta sección.

Esta sección se trata de sus experiencias con su plan de "Medicaid managed care." Las siguientes preguntas se tratan de su satisfacción con el plan en si, y no con la calidad de los servicios médicos que usted recibe. Por favor conteste estas preguntas basadas en sus experiencias en los últimos doce meses. Si lleva inscrito en este plan menos de doce meses, responda a las preguntas basadas en sus experiencias con el plan hasta ahora.



Definición de Términos

El plan de “Medicaid managed care” es la agencia o compañia que coordina los servicios que usted recibe a través de Medicaid.



1. Mi plan de "Medicaid managed care" es específicamente para personas que son VIH-positivas.

Si No No Seguro



2. Alguien me explicó mi plan de “Medicaid managed care” en una forma que yo pude entender.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica



3. Me desanimaron de que me uniera a este plan de "managed care" por que yo era VIH-positivo.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo No Aplica

En los últimos doce meses…



4. Los materiales escritos acerca de mi plan y sus beneficios eran difíciles de entender.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



5. Cuando yo teniá una queja, mi plan lo tomaba seriamente.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



1. Mi plan fué bueno en asegurar que los cuidados médicos de mis hijos y mi compañero VIH-positivo estaban cubiertos.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



7. Yo quise ver a un médico que estaba fuera de mi plan.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



8. Yo quise un servicio que no estaba cubierto por mi plan.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



9. Fué difícil ser referido a especialitas en mi plan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Todo El Tiempo | La mayoría del tiempoAlgunas vecesCasi Nunca | NuncaNo Aplica |  |
|  |  |  |  |
| NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Medicaid Managed | 53 |
|  |  | Care Module |



10. Tuve dificultad en recibir el cuidado médico para el VIH que necesitaba.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



11. Tuve que ir a una sala de emergencias para recibir servicios.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



12. Mi plan cubrió todos los servicios de salud mental que yo necesitaba.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



13. Mi plan cubrió todos los servicios de tratamiento de uso de drogas o alcohol que yo necesitaba.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Todo El Tiempo | La mayoría del tiempo | Algunas veces | Casi Nunca | Nunca | No Aplica |
|  |  |  |  |  |
| 14. Mi plan protegió mi confidencialidad. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Todo El Tiempo | La mayoría del tiempo | Algunas veces | Casi Nunca | Nunca | No Aplica |



15. Yo consideré cambiar de este plan para otro.

Todo El Tiempo La mayoría del tiempo Algunas veces Casi Nunca Nunca No Aplica



16. Mi servicio médico de VIH mejoró después de cambiar al plan de managed care.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



17. Si yo conociera a alguien VIH positivo y que recibe Medicaid, yo le recomendaría este plan.

Definitivamente Sí Quizás Definitivamente No No Estoy Seguro



18. En general, yo estuve satisfecho con este plan de “Medicaid managed care” durante los últimos doce meses.

Completamente No De Acuerdo No De Acuerdo De Acuerdo Completamente De Acuerdo



19. ¿Qué cambiaría para mejorar el plan para usted y para otros?



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 54 | NYSDOH AI | Patient Satisfaction Survey | Medicaid Managed |
|  |  | Care Module |

Notes

Notes

Notes

Notes

9449 03/02