



Ontario Health

Cancer Care Ontario

¡Necesitamos conocer su opinión!

Le agradeceremos que comparta su experiencia sobre su última visita al centro del cáncer o al hospital. Esta encuesta le llevará menos de 5 minutos.

La encuesta Su voz cuenta es:

- Un cuestionario que le permite compartir su opinión sobre su visita al centro del cáncer o al hospital.
- Un método para compartir qué piensa USTED del centro del cáncer de su localidad y de Ontario Health (Cancer Care Ontario) para poder mejorar la atención a pacientes y sus cuidadores en su centro y en el resto de Ontario.
- **Confidencial** y no afectará su atención. El profesional de la salud que lo atiende no conocerá sus respuestas a la encuesta Su voz cuenta.

PREGUNTA 1

Usted está:

- Respondiendo esta encuesta como paciente
- Ingresando las respuestas en nombre de un paciente

PREGUNTA 2

Si está ingresando las respuestas en nombre de un paciente, ¿cuál es su relación?

- Familiar, amigo o cuidador
- Voluntario
- Profesional de la salud
- Otro

Si no es el paciente, por favor ayude al paciente a ingresar sus respuestas. Cuéntenos sobre la última visita.

PREGUNTA 3

¿Llamó por teléfono, envió un correo electrónico o envió un mensaje a la clínica antes de su última visita?

- Sí
- No

PREGUNTA 8

Pensando en su última visita, califique al profesional de la salud en una escala de 1 a 5, dónde 1 es la peor experiencia posible y 5 la mejor experiencia posible:

	Peor			Mejor		No aplicable
	1	2	3	4	5	
Escuchó lo que tenía que decirle y las cuestiones que le preocupaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló con usted sobre sus síntomas físicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habló con usted sobre sus preocupaciones emocionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo trató con respeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasó suficiente tiempo con usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le explicó las cosas de manera que usted pudiera comprender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo involucró en las decisiones sobre su atención de la manera que usted quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le permitió hacer preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Involucró a sus amigos o familiares en la medida que usted quería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTA 9

Califique lo siguiente en una escala de 1 a 5, dónde 1 es la peor experiencia posible y 5 la mejor experiencia posible:

	Peor			Mejor		No aplicable
	1	2	3	4	5	
El consultorio o lugar de tratamiento era cómodo y estaba limpio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La clínica se aseguró que supiera a quién contactar en caso de tener preguntas o dudas después de su última visita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su experiencia en general respecto de la calidad de la atención recibida durante la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREGUNTA 10

Antes de irse de la clínica, ¿recibió toda la información que necesitaba para los próximos pasos en su plan de atención?

- Sí
- No

PREGUNTA 11

Pensando en forma general en la experiencia de su última visita, califique lo siguiente en una escala de 1 a 5, dónde 1 es la peor experiencia posible y 5 la mejor experiencia posible:

	Peor			Mejor		No aplicable
	1	2	3	4	5	
Su experiencia general de la última visita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La confianza general en los profesionales de la salud que vio en su última visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gracias por responder a la encuesta Su voz cuenta.

Sus respuestas ayudarán a mejorar su experiencia futura y la de los otros pacientes, sus familiares, amigos y cuidadores.