

# PROGRAMA RYAN WHITE

CENTRO DE SALUD DE: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE LA OPINION DEL USUARIO

SEXO: F \_\_\_ M \_\_\_      EDAD: \_\_\_\_\_      ESTADO CIVIL: S \_\_\_ C \_\_\_ V \_\_\_ D \_\_\_

1- ¿Conoces sobre la disponibilidad de los fondos federales Ryan White para el manejo de tu condición?

Si \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

2- ¿Existe la disponibilidad de un medico que te ofrezca tratamiento especifico para tu condición?

Si \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

3- ¿Existe la disponibilidad de un Manejador de Caso que coordine los servicios que necesites con las agencias correspondientes?

Si \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

4- ¿Como considera el tiempo de espera para recibir los servicios?

Poco \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_ Demasiado \_\_\_\_\_

5- ¿Te orienta el manejador de caso en relación a:

- Significado y uso de las pruebas de CD4 y Carga Viral

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

- Opciones disponibles de medicamentos para el tratamiento del VIH y sus efectos secundarios

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

- Importancia de tomar medicamentos según ordenados. (Adherencia)

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

6- ¿Le orienta su medico sobre su condición cuando lo atiende?

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

7- ¿Se coordinan los referidos de acuerdo a tus necesidades para servicios de especialistas u otro servicios no disponibles en el centro?

Siempre \_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

8- ¿Te realizan las pruebas de CD4 y Carga Viral cada 4 meses?

Siempre \_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

9- ¿Tienen disponibles los medicamentos para el manejo específico del VIH, en la farmacia de tu Centro ?

Siempre \_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

10- ¿Ha sido evaluado y orientado por parte de una nutricionista en relación a una dieta adecuada como parte del manejo de tu condición?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

11- ¿Se le atiende y ayuda cuando tiene alguna queja relacionada al servicio?

Siempre \_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_ A veces \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

12- ¿Cuan satisfecho te sientes con los servicios recibidos?

Mucho \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Poco \_\_\_\_ Nada \_\_\_\_

13- ¿Como consideras la forma que te tratan los siguientes profesionales?

-Manejador de Caso

Excelente \_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_

-Medico

Excelente \_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_

-Enfermera

Excelente \_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_

14- ¿Que cosas mejorarías de los servicios que se te ofrecen?

---

---

---