

**Adolescent and Young Adult Patient Exit Survey**  
**~ Portuguese Version - Age 18-25 ~**

Qual é a sua idade? _____		Qual é o seu sexo? _____				
Qual é a sua raça/etnia? <input type="checkbox"/> Ameríndio ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Hispânico ou latino <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou de outra Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Outra _____						
Qual o motivo da sua visita à clínica hoje? <input type="checkbox"/> Exame físico ou check-up <input type="checkbox"/> Consulta devido à doença <input type="checkbox"/> Consulta ao centro de saúde mental <input type="checkbox"/> Outro _____						
Esta é a primeira vez em que você foi atendido pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro) que consultou você hoje? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Na consulta de hoje, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro)...						
	Sim	Não	Não tenho certeza	Prefiro não responder		
perguntou sobre a sua saúde física e mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
informou que suas conversas íntimas são mantidas em sigilo (quer dizer, que o que conversaram será um segredo entre vocês, salvo no caso de o profissional de saúde ficar preocupado que você pudesse se machucar ou machucar outras pessoas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
passou tempo suficiente com você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Na consulta de hoje, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro)...						
	Não muito	Um pouco	Não tenho certeza	A maior parte do tempo	O tempo todo	Prefiro não responder
ouviu você atentamente?	<input type="checkbox"/>					
falou particularmente com você (sem ninguém na sala)?	<input type="checkbox"/>					
explicou coisas de uma forma que você conseguiu entender?	<input type="checkbox"/>					
deu espaço para você perguntar tudo o que queria saber?	<input type="checkbox"/>					

Dê sua opinião sobre o tratamento nesta clínica.						
	Discordo	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo	Prefiro não responder
Nesta clínica posso obter informações para entender melhor tudo o que afeta a minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que posso ser honesto na conversa com o meu profissional de saúde (médico ou enfermeiro) sobre a minha saúde, vida pessoal e atividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei que os serviços de saúde não serão descritos em detalhes no faturamento do seguro, a fim de proteger a minha confidencialidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei como contatar o meu profissional de saúde ou a clínica se tiver perguntas ou preocupações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A área de espera é acolhedora para jovens como eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe da recepção é agradável para jovens como eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu recomendaria esta clínica a outros jovens como eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como está sua satisfação geral com a sua consulta de hoje?						
Não totalmente satisfeito	Um pouco insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito (neutro)	Um pouco satisfeito	Muito Satisfeito		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
O que mais o agradou na consulta de hoje?						
O que faria sua consulta melhorar?						
Existe algo mais que você gostaria de compartilhar?						