

Adolescent and Young Adult Patient Exit Survey
~ Portuguese Version - Age 10-13 ~

Qual é a sua idade? _____					Qual é a sua idade? _____				
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...									
					Sim	Não	Não tenho certeza	Prefiro não responder	
O médico ouviu tudo o que você tinha a dizer?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O médico perguntou como você está se sentindo fisicamente (como alterações de peso, corporais ou de saúde) e emocionalmente (se está se sentindo triste ou nervoso demais, ou envolvido em relacionamentos inseguros)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seu médico conversou com você sem os seus pais ou responsável na sala?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O médico lhe disse que não contaria nada do que foi dito a ninguém, exceto se ficasse preocupado que você pudesse se machucar ou machucar outras pessoas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O médico conferiu se você entendeu bem o que ele dizia?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O médico passou tempo suficiente com você?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O médico deu espaço para você fazer suas perguntas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Compartilhe conosco como se sente a respeito de receber cuidados de saúde nesta clínica.

	Sim	Não	Não tenho certeza	Prefiro não responder
É possível aprender mais sobre a minha saúde nesta clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sinto confortável falando com meu médico a respeito de meus assuntos particulares (minha saúde, minha vida em casa e as coisas que eu gosto de fazer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei quais serviços de saúde eu posso receber sozinho, sem a necessidade da permissão ou presença de meus pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei como telefonar ou enviar um e-mail para o meu médico ou para a clínica se eu tiver perguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A área de espera tem coisas que me interessam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe da recepção é agradável com pessoas jovens como eu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras pessoas jovens como eu devem conhecer esta clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você ficou satisfeito com a sua visita à clínica hoje? (Escolha uma classificação entre 1 e 5. 1=muito insatisfeito, 5=muito satisfeito)

1-Muito insatisfeito	2	3	4	5-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?