

Adolescent and Young Adult Patient Exit Survey
~ Spanish Version – Age 14-17 ~

¿Qué edad tienes? _____		¿Cuál es tu sexo/género? _____				
¿Cuál es tu raza/origen étnico? <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza blanca <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____						
¿Cuál es el motivo de tu visita a la clínica el día de hoy? <input type="checkbox"/> Examen físico o chequeo <input type="checkbox"/> Visita por enfermedad <input type="checkbox"/> Visita por trastorno mental <input type="checkbox"/> Otro _____						
¿Es la primera vez que consultas al médico que te atendió hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
En la visita de hoy, ¿el proveedor (médico o enfermero)...						
	Sí	No	No estoy seguro	Prefiero no responder		
te preguntó sobre tu salud física (como peso sano, ejercicio, cambios corporales) y tu salud mental (si te sientes triste, estresado, ansioso o si estás en relaciones peligrosas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
te avisó de que algunas de las cosas de las que hablas con él se mantienen en confidencialidad (es decir, que lo que hablaste no se le contará a nadie más, a menos que haya preocupación por que te puedas hacer daño a ti mismo o a los demás)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pasó suficiente tiempo contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En la visita de hoy, ¿el proveedor (médico o enfermero)...						
	En absoluto	Parte del tiempo	No estoy seguro	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	Prefiero no responder
te escuchó con atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habló en privado contigo (sin que hubiera nadie más en la sala)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
te explicó cosas de forma que pudieras entenderlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
te hizo sentir cómodo para hacerle cualquier tipo de pregunta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Danos tu opinión sobre la atención médica que recibes en esta clínica.

	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	No estoy seguro	Algo de acuerdo	De acuerdo	Prefiero no responder
En esta clínica, obtengo información para entender mejor los problemas que afectan mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que puedo ser honesto cuando hablo con mi proveedor (médico o enfermero) sobre mi salud, vida personal y actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuáles son los servicios de salud que puedo obtener por mí mismo sin que mis padres lo sepan o lo aprueben («servicios confidenciales»).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo llamarle o enviarle un correo electrónico a mi proveedor (médico o enfermero) o a la clínica si tengo preguntas o algo me preocupa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sala de espera es acogedora para adolescentes como yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal de la recepción es amable con los adolescentes como yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les recomendaría esta clínica a otros adolescentes como yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuál fue tu grado general de satisfacción con tu visita de hoy?

Para nada satisfecho	Levemente insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho (neutro)	Algo satisfecho	Muy satisfecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué fue lo que más te gustó de la visita del día de hoy?

¿Qué hubiera hecho que la visita fuese mejor para ti?

¿Te gustaría agregar algo más?