

Díganos qué opina de los servicios que recibió de AIDS Services of Austin.

Sus respuestas son confidenciales. Gracias por su tiempo y por compartir su experiencia con nosotros.

Edad:	Orientación Sexual	¿Hace cuánto tiempo que recibe servicios en AIDS Services of Austin?			
Sexo:	Hetero _____ Gay _____	Menos de 3 meses _____		Entre 1 y 3 años _____	
Código postal:	Bisexual _____ Lesbiana _____	Entre 3 y 6 meses _____		Entre 3 y 5 años _____	
Origen étnico/Raza:	Otro _____	Entre 6 y 12 meses _____		Más de 5 años _____	

Marque un solo casillero para cada frase.	1	2	3	4	5	6
	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No aplica

I. Acceso a los servicios y disponibilidad de los mismos	1	2	3	4	5	6
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------

1. La ubicación de AIDS Services of Austin						
2. Los horarios en que los servicios están disponibles.						
3. El tiempo que se demora para conseguir una cita o ponerse en contacto con el personal.						
4. El tiempo que tengo que esperar en AIDS Services of Austin para ver al personal.						

II. Atención al cliente/Habilidades del personal	1	2	3	4	5	6
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------

5. El personal me trata con respeto (estilo de vida, cultura, religión, etc).						
6. recibí los servicios en un idioma que entiendo.						
7. Comprendo la información que me proporciona el personal.						
8. Puedo manejar mejor mis problemas diarios gracias a los servicios que recibí en AIDS Services of Austin.						
9. Puedo controlar mejor mi salud gracias a los servicios que recibí en AIDS Services of Austin.						
10. El personal responde a mis necesidades y pedidos.						
11. El personal me ha ofrecido órdenes de remisión (referrals) para poder satisfacer mis necesidades. (Otros programas, recursos, organismos o especialistas)						
12. El personal y yo trabajamos juntos para planificar mi tratamiento y / o servicios.						

III. Confidencialidad	SÍ	No
------------------------------	-----------	-----------

13. El personal siempre respeta la confidencialidad de mi información personal y de VIH y la comparte únicamente con mi autorización.	_____	_____
---	-------	-------

IV. Transporte	SÍ	No	No aplica
-----------------------	-----------	-----------	------------------

14. Me han brindado información sobre los servicios de transporte cuando ha sido necesario para que pudiese asistir a las citas (por ejemplo, tarjetas de combustible, pases de taxi y para autobús Metro Pass, sistema especializado STS, el personal o los los vehículos de agencia).	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------

DÉ VUELTA LA HOJA Y COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS → → → → →

Marque un solo casillero para cada frase.	1 Muy satisfecho	2 Satisfecho	3 Ni satisfecho ni insatisfecho	4 Insatisfecho	5 Muy insatisfecho	6 No aplica
V. La calidad de los SERVICIOS que recibió de AIDS Services of Austin.	1	2	3	4	5	6
15.0 La calidad de TODOS los servicios que recibió en AIDS Services of Austin						
15.1 La calidad de los Servicios de la Coordinación de Servicios						
15.2 La calidad de los Servicios Dentales						
15.3. La calidad de los Servicios del Banco de Alimentos						
15.4 La calidad de los Servicios del Nutricionista (Dietista)						
15.14 La calidad de la Asistencia con la Prima del Seguro de Salud						
VI. Otros servicios que recibió de AIDS Services of Austin	1	2	3	4	5	6
16.1 La calidad de Todos los Demás servicios que recibió en AIDS Services of Austin						
COMENTARIOS (Cuéntenos más acerca de aquellas respuestas en las que marcó Insatisfecho o Muy insatisfecho):						
VII. QUEJA	SÍ				NO	
17. Yo sé cómo hacer una denuncia (política de quejas) acerca de los servicios de AIDS Services of Austin.	_____				_____	
VIII. RESUMEN	SÍ			NO		
18. Yo recomendaría AIDS Services of Austin a un amigo o familiar.	_____			_____		
19. ¿Qué es lo que más te gusta de AIDS Services of Austin?						
20. ¿Qué es lo que menos te gusta de AIDS Services of Austin?						