

Relaciones Médico-Paciente Entrevista

Formato

MC EXCEL

- 1 A Lugar: () León () Morelia () Querétaro () DF
- 2 B Edad: () 18-30 () 31-50 () 51-65 () mayor de 65
- 3 C Sexo: () M () F
- 4 D Clínica: () IMSS () ISSTE () SSA () Privado
- 5 E Enfermedad () Crónica () Aguda
- 6 F Cual es su enfermedad: _____
- 7 G ¿Pertenece usted a algún grupo indígena? () Sí () No
- 8 H Cual grupo _____
- 9 I Educación: () Básica (Primaria o menos) () Media (Secundaria o preparatoria) () Superior
- 10 J ¿Sabe usted leer y escribir? () Sí () No
- 11 K ¿Ha usted consultado antes a este doctor? () Sí () No
- 12 L ¿Mas que cuatro veces? () Sí () No
- 13 M ¿Este doctor que lo atendió fue hombre o mujer? () Hombre () Mujer
- 14 N ¿Se siente más cómodo cuando lo atiende () hombre o () mujer o () le es indiferente?
- 15 O ¿Siente usted que el doctor puso atención a lo que le dijo usted? Sí 1 2 3 4 No
- 16 P ¿Hubo interrupciones durante su consultación? () Sí () No
- 17 Q ¿Le explicó el doctor lo que tiene (su enfermedad o condición) de manera clara para usted? () Sí () No
- 18 R ¿Entendió usted bien las palabras que usó el doctor para explicarle su condición? () Sí () No
- 19 S ¿Tuvo usted problemas con el idioma que habla el doctor o con el acento del médico(a)? () Sí () No
- 20 T ¿El Doctor/la doctora le preguntó a usted sobre su opinión cuando recetarle medicamentos o darle tratamiento? () Sí () No
- 21 U ¿Le explicó a usted el doctor el tratamiento de manera clara para usted? () Sí () No
- 22 V ¿Le mencionó a usted la posibilidad de otro tratamiento u otra alternativa para curarse? () Sí () No
- 23 W ¿Le dijo el doctor claramente lo que debe usted hacer en casa para cuidarse? Sí 1 2 3 4 No
- 24 X ¿Le dijo a usted el doctor lo qué podría pasar sin el tratamiento? () Sí () No
- 25 Y ¿Le preguntó el doctor si tenia usted más preguntas o dudas? () Sí () No
- 26 Z ¿Tuvo usted preguntas?
- 27 AA ¿Se sintió usted en confianza con él (ella) cuando usted le preguntó? () Si () No
- 28 AB ¿Entendió usted las respuestas del doctor? () Sí () No
- 29 AC ¿Por qué? () No tuvo preguntas, () Tuvo pena, () No tuvo tiempo suficiente, () Tuvo miedo
- 30 AD Otra _____
- 31 AE En su opinión, ¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema? Sí 1 2 3 4 No
- 32 AF ¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted? () Sí () No
- 33 AG En general, ¿Estuvo usted contento con la atención de este doctor? Sí 1 2 3 4 No
- 34 AH ¿Fuma usted o usa tabaco? () Sí () No
- 35 AI ¿Le preguntó a usted el doctor sobre el uso de tabaco? () Sí () No
- 36 AJ ¿Alguna vez, algún médico le ofreció a usted ayudarle a dejar de fumar? () Sí () No
- 37 AK ¿Le preguntó a usted el doctor si bebe usted alcohol? () Sí () No
- 38 AL ¿Habló el doctor con usted sobre el ejercicio? () Sí () No
- 39 AM ¿Habló el doctor con usted sobre su dieta? () Sí () No
- 40 AN ¿Habló el doctor con usted la salud de su familia? () Sí () No
- 41 AO ¿Habló el doctor con usted sobre la planificación familiar? () Sí () No
- 42 AP ¿Tiene hijos menores? () Sí () No
- 43 AQ ¿Le preguntó a usted el doctor si sus hijos han sido vacunados? () Sí () No
- 44 AR ¿En esta consulta con el doctor estuvo usted acompañado por un familiar o por un amigo(a)? () Sí () No
- 45 AS ¿Siempre que va usted al doctor prefiere estar acompañado por un familiar o por un amigo(a)? () Sí () No
- 46 AT Peso: () Delgado () Peso Normal () Sobre Peso

Archivo Formato MicroCase: Relaciones M-P Completo México.MC4

Archivo Formato Excel file: Relaciones M-P Completo México Excel.XLS