



Kansas City Free Health Clinic HIV Patient Satisfaction Survey

Personal Information

1. Today's Date:	5. Ethnicity: (Check all that apply)
2. Your Age:	<input type="checkbox"/> White/Caucasian
3. Your Zip Code:	<input type="checkbox"/> Black/African American
4. Your Gender:	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Other (Please write in) _____
Transgender	
<input type="checkbox"/> Male to Female <input type="checkbox"/> Female to Male	

	All of the time	Most of the time	Sometime	Rarely	Never	Does not Apply
6. While I checked in & waited for my visit, staff was unfriendly to me.						
7. When I leave a message someone calls me back within 24 hours.						
8. I know how to contact the physician after hours.						
9. When I asked my providers questions about my HIV care, it was hard to understand their answers.						
10. I found my providers to be accepting & nonjudgmental of my life and healthcare choices.						
11. My providers explained the side effects of my HIV medications & ways to help me remember to take my medication.						
12. My providers talked to me about how to avoid passing HIV to other people & how to protect myself from getting Hep C & other STDs.						
13. My providers asked me about my physical & emotional needs & made sure I got a referral (to my case manager or directly to mental health, substance abuse counseling, dental or support groups)						
14. The staff and providers kept my HIV status confidential						

Overall Quality of HIV Care

15. I am satisfied with the services I receive at KCFree.		
<input type="checkbox"/> Definitely Yes	<input type="checkbox"/> Maybe	<input type="checkbox"/> Definitely Not <input type="checkbox"/> Not Sure
16. At any point, did you feel treated poorly at the Kansas City Free Health Clinic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If Yes, to question 16 please check all the reasons you felt you were treated poorly. If no, skip to question 17.		
My Race/Ethnicity <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	My Age <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	My Gender/Sex <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
My Sexual Orientation <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	My Appearance <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	My Difficulty Speaking English <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
My Alcohol/Drug Use <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I am not using alcohol/drugs		

Other (Please write in) _____

17. Additional Comments

Thank you for completing this survey.



Kansas City Free Health Clinic Encuesta de satisfacción a pacientes VIH positivos

Información Personal

1. Fecha de hoy:	5. Grupo étnico: (Check todas las que apliquen)
2. edad:	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico (a)
3. Código Postal:	<input type="checkbox"/> Negro/ Afro-Americano (a)
4. Genero:	<input type="checkbox"/> Hispano/ Latino (a)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otro (Por favor escríbalo) _____
Transgenero	
<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca	No aplica
6. Mientras checaba con recepción y esperaba por mi cita, el personal de recepción fue poco amistoso.						
7. Cuando dejo un mensaje alguien me regresa la llamada dentro de 24 horas.						
8. Yo se como contactar al doctor después de horas de oficina.						
9. Cuando le pregunto a mis proveedores acerca de mis cuidados del VIH, fue difícil entender sus respuestas.						
10. Me di cuenta que mis proveedores aceptan y no juzgan mi estilo de vida ni mis decisiones acerca de mis cuidados de salud.						
11. Mis proveedores me explicaron acerca de efectos secundarios de medicinas del VIH y maneras que me ayudaran a recordar tomar mis medicinas.						
12. Mis proveedores me hablaron acerca de como evitar pasar el VIH a otras personas y como protegerme de contraer hepatitis C y otras Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS).						
13. Mis proveedores me preguntaron acerca de mis necesidades físicas y emocionales y se aseguraron que fui referido (a) (con mi manejadora de casos o directamente con un profesional de salud mental, consejería de abuso de sustancias, dental, o grupos de apoyo).						
14. El personal y los proveedores mantuvieron mi estatus de VIH confidencial.						

En General la Calidad de Cuidados del VIH

15. Estoy satisfecho (a) con los servicios que recibo en la clínica KCFree.													
<input type="checkbox"/> Definitivamente Si	<input type="checkbox"/> Quizá	<input type="checkbox"/> Definitivamente No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro (a)										
16. En algún momento, se sintió tratado (a) de mala manera en la Clínica Kansas City Free Health? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No													
Si su respuesta fue si a la pregunta 16, por favor cheque todas las razones que usted sintió fue tratado (a) mal. Si no, pasé a la pregunta 17.													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mi Raza/etnicidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi Edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi Genero/sexo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> </td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Other (Please write in) _____</td> </tr> </table>	Mi Raza/etnicidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi Edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi Genero/sexo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol</td> </tr> </table>		Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Other (Please write in) _____		
Mi Raza/etnicidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi Edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi Genero/sexo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 33%;">Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol</td> </tr> </table>		Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol							
Mi Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi apariencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mi dificultad hablando Ingles <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
Mi Uso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> porque no estoy usando drogas/alcohol													
<input type="checkbox"/> Other (Please write in) _____													

17. Comentarios adicionales

Gracias por completar esta encuesta.