



15. En su último mes de vida, ¿con qué frecuencia sintió que usted recibió el apoyo adecuado para las necesidades de cuidado de la Veterana en su hogar?

- 1 Siempre 4 Nunca
2 Casi siempre 5 No sé
3 A veces 6 No la cuidaron en su hogar

16. Durante su último mes de vida, sabíamos a quién contactar en el VA si teníamos preguntas sobre su atención.

- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 A veces
4 Nunca
5 No sé

17. Usando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención posible y 10 es la mejor atención posible, ¿qué número usaría para calificar la atención que recibió en el último mes de vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
El peor cuidado posible El mejor cuidado posible

18. Nos gustaría saber más sobre usted. Díganos cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado.

- 1 8vo grado o menos
2 Escuela secundaria pero no se graduó
3 Graduado de secundaria o GED
4 Algún universitario o título de universidad de 2 años
5 Título de universidad de 4 años
6 Más de 4 años de universidad
7 Prefiero no responder

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

19. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre el cuidado de la Veterana durante su último mes de vida?

Horizontal lines for text input

20. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre como el cuidado de la Veterana pudiera haber mejorado?

Horizontal lines for text input

Gracias por terminar nuestra encuesta.

<<MergeID>>

Encuesta del Departamento de Asuntos de Veteranos para <<Vet_First>> <<Vet_Last>> <<Vet_Suffix>>.

Gracias por tomar el tiempo para llenar esta encuesta. Esta encuesta está financiada por el Departamento de Asuntos de Veteranos para determinar a qué capacidad el Departamento de Veteranos está cuidando sus Veteranos en los últimos días de sus vidas. Nosotros queremos saber si estamos dando el mejor cuidado posible a nuestros Veteranos y si hay algo que pudiéramos hacer mejor. Sus opiniones son importante para nosotros, así que por favor díganos lo que piensa. Su participación es voluntaria y confidencial. Si usted elige no participar, no le afectará sus beneficios de ninguna manera.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, por favor no deje de llamarnos al Centro de Experiencia de Veteranos en nuestro número sin cargos 1-877-503-5817, y deje un mensaje con su nombre, número de teléfono, y haga referencia a <<MergeID>>. Le volvemos a llamar tan pronto sea posible.



LA OFICINA DE GERENCIA Y PRESUPUESTO HA APROBADO ESTA ENCUESTA BAJO EL NÚMERO OMB 2900-0701 DE ACUERDO A LA SECCIÓN 3507 DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPEL DEL 1995. NOSOTROS ESTIMAMOS QUE LE TOMARÁ UNOS 10 MINUTOS CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS. SUS RESPUESTAS VAN A SER USADAS PARA MEDIR LAS PERCEPCIONES QUE LOS VETERANOS Y SUS FAMILIAS TIENEN DE CÓMO EL DEPARTAMENTO DE VETERANOS PROPORCIONA EL CUIDADO DE LA SALUD. SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL. SI USTED ELIGE NO PARTICPAR, NO LE AFECTARÁ SUS BENEFICIOS DE NINGUNA MANERA.



CÓMO COMPLETAR LA ENCUESTA

- Entregue esta encuesta a la persona que más sepa sobre la atención que recibió el Veterano en su último mes de vida.
Por favor, elija UNA SOLA RESPUESTA por pregunta.
Por favor, encierre en un círculo su opción de respuesta, así:
No escriba comentarios en el área de opciones de respuesta. Hay dos preguntas abiertas en la página 4, por favor, guarde los comentarios para esas preguntas.



Gracias nuevamente por ofrecer al Centro de Experiencia de Veteranos sus opiniones. Sus respuestas son importantes porque nos ayudarán a asegurar que todos los veteranos reciben una atención de alta calidad como merecen.

Si usted tiene preguntas específicas acerca de los beneficios u otros asuntos logísticos (por ejemplo, devolución de suministros médicos), usted puede:

- Comunicarse con el centro médico de VA local y pedir hablar con el Procurador del Paciente.

Para más información acerca los de los **beneficios**, también puede:

- Llamar al línea directa de beneficios VA al número sin cargos 1-800-827-1000
- Visitar la página web de beneficios VA al <http://www.benefits.va.gov/benefits/>
- Llamar a la Oficina de Asistencia a los Sobrevivientes VA al 1-202-461-1077
- Visitar la página web de la Oficina de Asistencia a los Sobrevivientes VA al <http://www.va.gov/survivors/>

Llame al Centro de Experiencia de Veteranos sin cargo al 1-877-503-5817 y utilice el número de referencia en la primera página de este paquete, si es que:

- Necesita más información acerca de los **servicios de duelo** de VA.
- Necesita hablar acerca de cualquier otra **preocupación adicional** que tenga acerca del cuidado que recibido por el Veterano.
- Prefiere **completar la encuesta por teléfono**.

¡Gracias por su participación!

SEGUNDA PARTE

CÓMO DEVOLVER LA ENCUESTA

- Una vez que haya respondido a todas las preguntas de la encuesta, doble la encuesta en tres partes y póngala en el sobre adjunto.
- Selle el sobre y envíelo por correo.

1. Primeramente, por favor díganos que relación usted tiene con el Veterana. Yo soy su:

- | | |
|-------------------|------------------------------------|
| ① Esposa/o | ⑤ Amigo/a |
| ② Padre/Madre | ⑥ Poder Legal/Tutor Legal/Guardián |
| ③ Hijo/Hija | ⑦ Otro |
| ④ Hermano/Hermana | |

Las siguientes preguntas le piden que nos informe sobre la atención que recibió el Veterana. Algunas de las preguntas se refieren a los empleados. Por los empleados, nos referimos a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, capellanes, asistentes de enfermería, terapeutas y otro personal.

2. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia los empleados que lo cuidaron estaban dispuestos a escuchar?

- ① Siempre
- ② Casi siempre
- ③ A veces
- ④ Nunca
- ⑤ No sé

3. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia los empleados le brindaron a ella el medicamento y el tratamiento médico que usted y ella deseaban?

- ① Siempre
- ② Casi siempre
- ③ A veces
- ④ Nunca
- ⑤ No sé

4. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia los empleados que la cuidaron fueron amables, cariñosos y respetuosos?

- ① Siempre
- ② Casi siempre
- ③ A veces
- ④ Nunca
- ⑤ No sé

5. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia los empleados que la cuidaron, lo mantuvieron a usted o a otros miembros de su familia informados acerca de su condición y tratamiento?

- ① Siempre
- ② Casi siempre
- ③ A veces
- ④ Nunca
- ⑤ No sé

6. Durante su último mes de vida, ¿cuántas veces usted piensa que las necesidades personales de ella – como bañarse, vestirse y alimentarse – fueron atendidas debidamente.

- | | |
|----------------|---|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ No necesitábamos o deseábamos ayuda de cuidado personal |

7. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia los empleados manejaron bien su dolor?

- ① Siempre
- ② Casi siempre
- ③ A veces
- ④ Nunca
- ⑤ No sé
- ⑥ Ella no tenía dolor

8. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que necesitaba de los empleados para problemas respiratorios?

- | | |
|----------------|---|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ Ella no tenía problemas respiratorios |

9. Algunas Veteranas que se acercan al final de sus vidas vuelven a experimentar el estrés y las emociones que tuvieron después de combate u otro evento traumático. Durante su último mes de vida, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda que necesitaba de los empleados para manejar este estrés?

- | | |
|----------------|---|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ Ella no experimentó las emociones/estrés relacionadas al combate u otro evento traumático |

10. En el último mes de su vida, ¿cuán a menudo los empleados que le atendieron, le proporcionaron a usted y a ella el apoyo espiritual que ambos hubieran deseado?

- | | |
|----------------|--|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ No necesitábamos o deseábamos apoyo espiritual |

11. En el último mes de su vida, ¿cuán a menudo los empleados que la atendieron, le proporcionaron a usted y ella el apoyo emocional que ambos hubieran deseado antes de su muerte?

- | | |
|----------------|---|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ No necesitábamos o deseábamos apoyo emocional |

12. Y después de la muerte de ella, ¿cuán a menudo los empleados que la atendieron, le proporcionaron el apoyo emocional que usted hubiese deseado?

- | | |
|----------------|---|
| ① Siempre | ④ Nunca |
| ② Casi siempre | ⑤ No sé |
| ③ A veces | ⑥ No necesitábamos o deseábamos apoyo emocional |

13. ¿Los empleados le proporcionaron información útil sobre los beneficios para sobrevivientes, entierro y conmemoración?

- ① Si
- ② No
- ③ No sé

14. ¿Habría sido de ayuda si el Departamento de Veteranos hubiera ofrecido más ayuda con los arreglos del funeral?

- ① Si
- ② No
- ③ No sé