

OH - 2008



Mark as shown: Please use a pen or a thin marker. This form will be processed automatically.
 Correction: Please follow the examples shown to help optimize the reading results.

1. General Questions

Preguntas Generales

1.1 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.2 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.3 I have family members, friends, or professionals who give me a lot of support.
 Tengo familiares, amigos o profesionistas que me dan mucho apoyo.

<input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo
<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo		

1.4 My sex/gender is:
 Mi sexo es:

<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgenero (Masculino a Femenino)
<input type="checkbox"/> Trasgenero (Femenino a Masculino)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.5 My sexual orientation is:
 Mi orientación sexual es:

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> No estoy seguro (a)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.6 My racial/ethnic background is:
 Mi raza/ethnicidad es:

<input type="checkbox"/> Afroamericana/ Negra	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Asiatica/De las Islas Pacificas
<input type="checkbox"/> Nativo de America/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De raza Blanca	<input type="checkbox"/> Mas de una raza

1.7 My age is:
 Mi edad es:

<input type="checkbox"/> 13-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-64
<input type="checkbox"/> 65 o más		

1.8 At any point, did you feel you were treated poorly at this agency?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

¿En algún punto, ha sentido que lo trataron mal en esta agencia?

(Please turn over and complete the other side)
 (Por favor voltee la página y complete el otro lado)



1. General Questions

Preguntas Generales [Continue]

1.9 If yes to question 1.8, what reason(s) do you feel may have caused you to be treated poorly? (Mark all that apply)

Si contesto "si" en la pregunta previa (1.8), cual fue la razón/razones que usted siente le hayan causado ser tratado mal? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Mi situación con emigración |
| <input type="checkbox"/> Mi dificultad para hablar inglés | <input type="checkbox"/> Otras razones | |

1.10 If "Other Reasons" was marked in question 1.9, please explain in the box provided below.

Si respondio "Otras razones" en la pregunta previa (1.9), por favor explique en el espacio de abajo.

1.11 The language that I speak is: Inglés Español Otro (s)

El idioma que yo hablo es:

1.12 Because of a language barrier, I have problems understanding agency staff when I come in for or request services. Si, siempre Si, algunas veces No, nunca

Debido a obstáculos con el idioma, tengo problemas entendiendo a los empleados de la agencia cuando pido ó recibo servicios.

1.13 I know that translation services, including services for the visually and hearing impaired, are available to me at this agency if I ask for it before my appointment. Si, lo sé No, no sabia

Yo se que hay servicios de traducción, y servicios para personas con problemas visuales y auditivos, que estan disponibles para mi en esta agencia si los pido antes de mi cita.

1.14 I have completed this survey: Yo solo (a), sin ayuda Con ayuda de un empleado (a) Con alguien que me leyó la encuesta y la contesto por mi.

Yo he completado esta encuesta:

(Please continue to the next page)
(Por favor continúe en la siguiente página)



1. General Questions

Preguntas Generales [Continue]

1.15 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.16 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.17 I understand the reason I am required to provide certain documents to the agency and how that is related to the funding for the services I receive.

Si

No

Yo entiendo la razón por la cual yo debo proveer ciertos documentos a la agencia y como esto es relacionado a los fondos monetarios de los servicios que yo recibo.

1.18 Do you know who to contact if you have a problem with or complaint about any of your services at this agency?

Si

No, no se

¿Sabe usted a quién contactar si tiene algún problema con o queja sobre alguno de los servicios de esta agencia?

1.19 Have you received a copy of the agency's grievance procedure?

Si

No

¿Ha recibido una copia del procedimiento de quejas?

2. Oral Health Care

Cuidado Dental

2.1 This agency has provided oral health care to me for:

Más de 1 año
 Más de 5 años

1-2 años

3-5 años

Esta agencia me ha provisto de cuidado dental por:

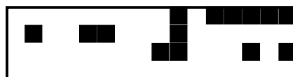
2.2 I entered care in the dental clinic by:

Referencia de mi médico/ enfermera (o)

Buscando por mi propia cuenta

Yo comenze a recibir servicios dentales a través de:

(Please turn over and complete the other side)
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)

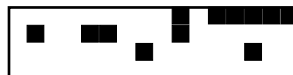


2. Oral Health Care

Cuidado Dental [Continue]

- 2.3 When I need an appointment for routine dental care, I am able to schedule one soon enough for my needs.
- Cuando necesito una cita con el/al dentista para mi chequeo de rutina, yo puedo hacer una cita tan pronto la necesite.
- Todo el tiempo
 La mayoría de las veces
 Algunas veces
 Rara vez
 Nunca
- 2.4 When I need an appointment for emergency dental care, I am able to schedule one soon enough for my needs.
- Cuando necesito una cita para una emergencia de cuidado dental, yo puedo hacer la cita tan pronto la necesite.
- Todo el tiempo
 La mayoría de las veces
 Algunas veces
 Rara vez
 Nunca
- 2.5 If I have a question about my dental care, I know how to contact someone to discuss it with me.
- Si tengo una pregunta acerca de mi cuidado dental, yo se como contactar a alguien para que conteste mi pregunta.
- Si
 No
- 2.6 The dental staff is friendly and helpful.
- Los empleados del consultorio dental son amigables y de mucha ayuda.
- Todo el tiempo
 La mayoría de las veces
 Algunas veces
 Rara vez
 Nunca
- 2.7 The dental staff explains my treatment to me.
- Los empleados de la consultorio dental me explican el tratamiento.
- Todo el tiempo
 La mayoría de las veces
 Algunas veces
 Rara vez
 Nunca
- 2.8 The dental staff provides adequate instruction about home care after procedures.
- Los empleados del consultorio dental me proveen instrucciones adecuadas acerca de como cuidarme en casa después de procedimientos.
- Todo el tiempo
 La mayoría de las veces
 Algunas veces
 Rara vez
 Nunca

(Please continue to the next page)
 (Por favor continúe en la siguiente página)



2. Oral Health Care

Cuidado Dental [Continue]

2.9 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.10 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.11 If I have a complaint about my dental care, I am aware of what I can do to try to resolve it.

Si
 No
 No estoy seguro/segura

Si tengo una queja sobre mi cuidado dental, yo estoy informado (a) de lo que puedo hacer para tratar de resolverlo.

2.12 I would recommend this dental clinic to my friends with similar needs who are eligible for this service.

Si
 Tal vez
 Definitivamente No

No estoy seguro/segura

Yo recomendaria este consultorio dental a mis amigos con necesidades similares a las mias y que son elegibles para éste servicio.

2.13 I primarily visit the dental clinic for which of the following reasons:

Cuidado de rutina
 Cuidado de emergencia

Yo visito el consultorio dental por alguna de estas razones:

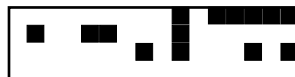
2.14 Overall, I am satisfied with the oral health care services I received over the past 12 months.

Completamente de acuerdo
 De acuerdo
 En desacuerdo

Completamente en desacuerdo

En general, yo estoy satisfecho (a) con los servicios de cuidado dental que recibí durante los últimos 12 meses.

(Please turn over and complete the other side)
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)



2. Oral Health Care

Cuidado Dental [Continue]

2.15 If I could add or change something to make the clinic a better place for me and for other patients, it would be:

Si yo pudiera agregar o cambiar algo para hacer de este consultorio dental un mejor lugar para mi y para otros pacientes, eso seria:

Thank you for completing the survey.

Gracias por completar esta encuesta.

