



EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LA PERSONA GUÍA DE REALIZACIÓN E INFORMES

Rogamos tenga a bien facilitar una serie de datos comunes que permitan seguir perfeccionando la evaluación de la atención primaria centrada en la persona (EAPCP). El formulario a continuación es a modo de sugerencia; no es obligatorio. El intercambio de información es voluntario. Se puede utilizar la EAPCP online o en el lugar de asistencia, para pacientes de todas las edades y para todo tipo de consultas. Se puede adaptar el método de realización al flujo de trabajo.

Datos sobre usted y su proyecto

Cuéntenos acerca de usted. (No se harán públicos los datos de contacto.)

Nombre:	Cargo/función y empleador:
Teléfono:	Dirección:
Correo electrónico:	

Marque o rellene lo que corresponda.

¿De qué tipo de proyecto se trata?	<input type="checkbox"/> ¹ Evaluación de la calidad <input type="checkbox"/> ² Mejora de la calidad <input type="checkbox"/> ³ Participación del paciente <input type="checkbox"/> ⁴ Otro _____
¿Cómo va a gestionar la EAPCP?	<input type="checkbox"/> ¹ Online <input type="checkbox"/> ² En el lugar de asistencia
¿Cómo se recopilan los datos?	<input type="checkbox"/> ¹ En soporte papel <input type="checkbox"/> ² Portal del paciente <input type="checkbox"/> ³ De forma electrónica <input type="checkbox"/> ⁴ Otro
¿Se comparten los resultados con el personal médico?	<input type="checkbox"/> ¹ Sí <input type="checkbox"/> ⁰ No

Formulario de notificación EAPCP

Resumen de las respuestas de los pacientes que han cumplimentado la EAPCP

Evaluación de la atención primaria centrada en la persona	Muestra (N = _____)		
	Promedio	Desviación estándar	Rango
Mi centro me facilita la forma de conseguir atención.			
Mi centro es capaz de proporcionarme la mayor parte de mis cuidados.			
Al cuidarme, mi médico tiene en cuenta todos los factores que afectan a mi salud.			
Mi centro coordina la atención que recibo de múltiples lugares.			
Mi médico o mi centro me conocen como persona.			

Mi médico y yo hemos pasado por muchas cosas juntos.			
Mi médico o mi centro me apoyan.			
El cuidado que recibo tiene en cuenta el conocimiento de mi familia.			
La atención que recibo en este centro está apoyada por el conocimiento de mi comunidad.			
Con el tiempo, este centro me ayuda a cumplir mis objetivos.			
Con el tiempo, mi centro me ayuda a mantenerme saludable.			

Datos comunes

		Muestra (N = _____)		
		N	Promedio o %	Desviación estándar
Edad	Años			
Género	Mujer			
	Hombre			
	No binario			
¿Se considera usted miembro de un grupo minoritario?	Sí			
¿Cómo está de salud en comparación con otras personas de su edad?	Excelente			
	Muy bien			
	Bien			
	Regular			
	Mal			
¿Cuántos años hace que conoce a este doctor?	Años			
¿Cuántos años hace que conoce este centro?	Años			
¿Ha sido difícil completar este formulario?	Sí			
Si su médico o centro ha recibido las respuestas a estas preguntas, ¿les ayudaría a comprender cómo se siente usted en relación con su atención médica?	Sí			
¿Tiene un solo médico o centro que lleva la mayor parte de su atención médica?	Sí			

www.green-center.org



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.