



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA
"BENEMÉRITO DE LA PATRIA"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (UIS-HCG)
Teléfono: 2212-1000 ext 4044
Correo electrónico: mrespino@ccss.sa.cr

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (UIS)
HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA**

ENCUESTA A PACIENTES

**EVALUACIÓN DEL FORMULARIO "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE
MEDICAMENTOS FUERA DE INDICACIÓN OFICIAL"**

**COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Estimado(a) paciente,

Posterior a la explicación y aclaraciones por parte de la persona profesional de salud, Usted firmó el documento "**Consentimiento informado para uso de medicamentos fuera de indicación oficial**". El objetivo de la siguiente encuesta es conocer Su opinión acerca de ese documento.

Su opinión es anónima, por lo que no debe colocar su nombre o cualquier otro dato que pudiera servir para identificarle. Así mismo, la información que brinde será confidencial y solo será usada para mejorar el documento que usted firmó.

Llenar esta encuesta le tomará un máximo de 10 minutos. Puede negarse a contestarla, lo cual no afectará la calidad del servicio que Usted recibe.

PRIMERA PARTE

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas de selección única. Marque la respuesta que Usted considere adecuada para cada una de las preguntas.

Pregunta 1: ¿La información contenida en el formulario es comprensible?

- () Sí
() No

Pregunta 2: ¿La información contenida en el formulario es de importancia para Usted?

- () Sí
() No

Pregunta 3: ¿La persona profesional de salud contestó a todas Sus preguntas durante la lectura del documento?





- () Sí
() No

Pregunta 4: En Su opinión, ¿el concepto de tratamiento fuera de indicación oficial y sus respectivas implicaciones fueron explicados adecuadamente en el formulario y por parte de la persona profesional de salud?

- () Sí
() No

SEGUNDA PARTE

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones sobre la información que le fue leída y el proceso de lectura por parte de la persona profesional de salud. Califique Su grado de acuerdo con cada afirmación, marcando el número que Usted considere corresponde con su opinión, según la siguiente escala:

- 1: totalmente en desacuerdo
- 2: en desacuerdo
- 3: de acuerdo
- 4: totalmente de acuerdo
- 5: no aplica (elija esta opción sólo cuando el contenido de la afirmación no sucedió durante la lectura del consentimiento informado).

Sección A: Información contenida en el documento

Respecto de la información contenida en el documento, esta:

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No aplica
1. Fue importante para tomar decisiones respecto a mi salud.	1	2	3	4	5
2. Fue clara.	1	2	3	4	5
3. Fue fácil de comprender.	1	2	3	4	5
4. Me ayudó a tomar la decisión de firmar el documento.	1	2	3	4	5
4. Me hizo sentir más seguro (a) respecto a cómo van a manejar mi condición de salud.	1	2	3	4	5





Sección B: Proceso de lectura del documento por parte del profesional de salud

Respecto de la manera en que la persona profesional de salud leyó el documento:

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No aplica
1. La lectura fue a una velocidad adecuada.	1	2	3	4	5
2. Me ayudó a comprender palabras o frases que no me quedaron claras luego de haber leído.	1	2	3	4	5
3. Me explicó dudas adicionales que surgieron durante la lectura del documento.	1	2	3	4	5
4. Me siento satisfecho (a) con la forma en que la persona realizó la lectura del documento.	1	2	3	4	5

Sección C: Observaciones adicionales

Si Usted tiene alguna otra observación o sugerencia que desee hacer para mejorar el documento que firmó y este sea más claro para las personas usuarias de los servicios que vayan a firmarlo en el futuro, le agradecemos que la comparta en el siguiente espacio (si no tiene ningún comentario, anote "no aplica"):

¡Muchas gracias por su colaboración!

FECHA: _____ (anote la fecha de llenado de la encuesta)

NÚMERO CONSECUTIVO DE ENCUESTA: _____ (anotar por parte del médico)

