

NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

DIVISION OF PUBLIC HEALTH • EPIDEMIOLOGY SECTION

Communicable Disease Branch

1902 Mail Service Center • Raleigh, North Carolina 27699-1902

Tel 919-733-7301/3419 • Fax 919-733-1020

Beverly Eaves Perdue, Governor
Lanier M. Cansler, Secretary

Jeffrey P. Engel, M.D.
State Health Director

NC ADAP SURVEY

1. ¿En qué condado (por ej., Wake, Rowan, etc.) vive? _____

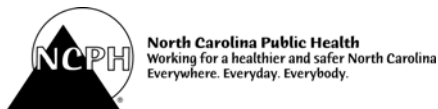
2. ¿Cuántos años tiene?
 Menos de 21 años
 Entre 21 y 30 años
 Entre 31 y 40 años
 Entre 41 y 50 años
 Entre 51 y 60 años
 Más de 60 años

3. ¿Cuál es su raza u origen étnico (**marque todas las opciones que correspondan**)?
 Blanco o caucásico
 Moreno o afroamericano
 Hispano o latino
 Asiático o de las Islas del Pacífico
 Indígena americano
 Otra (**por favor, especifique cuál**): _____

4. ¿Cuál es su sexo?
 Masculino
 Femenino
 Transgénero

5. ¿Quién completa su documentación del Programa de Ayuda para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
 Administrador de caso o trabajador social
 Enfermero/a en el consultorio del médico
 Otra persona (**por favor, especifique quién**): _____
 No sabe/No está seguro

6. ¿Qué información recibió sobre el programa ADAP cuando actualizó su documentación de ADAP (**marque todas las opciones que correspondan**)?
 Folleto o panfleto de ADAP
 Tarjeta de contacto de ADAP
 Lista de medicamentos de ADAP
 Otra _____
 Le informaron cómo llamar a la farmacia de ADAP
 Ninguna de las anteriores



Location: 225 N. McDowell Street • Raleigh, N.C. 27603

7. ¿La farmacia de ADAP lo llama todos los meses para renovar sus medicamentos?
- Sí
 No
 No me envían los medicamentos (**vaya a la pregunta 13**)
 En este momento no estoy tomando medicamentos (**vaya a la pregunta 13**)
8. Cuando el empleado de atención al cliente de la farmacia de ADAP lo llama para surtir nuevamente sus medicamentos, ¿se presenta con su nombre?
- Sí No No sabe/No está seguro
9. Si sus medicamentos estuvieran por terminarse y usted no recibió un llamado de la farmacia de ADAP, ¿qué haría?
- Llama a su médico
 Llama a su administrador de caso
 Llama al programa ADAP
 Llama a la farmacia de ADAP
- Espera hasta recibir el llamado de la farmacia de ADAP
 No sabe/No está seguro
10. ¿La farmacia de ADAP le pregunta qué medicamentos está tomando cuando lo llaman para surtir nuevamente sus medicamentos?
- Sí No No sabe/No está seguro
11. Cuando el empleado de atención al cliente de la farmacia de ADAP lo llama todos los meses, ¿le parece (**marque todas las opciones que correspondan**):
- Amable/útil
 Descortés/no útil
 No sabe/No está seguro
12. ¿Si usted tiene alguna pregunta cree que el empleado de atención al cliente de la farmacia de ADAP (**marque todas las opciones que correspondan**):
- Le responde con claridad
 Se toma el tiempo necesario para responderle
 Le pregunta si entiende o si tiene alguna otra pregunta
 No sabe/Nunca hizo una pregunta
13. ¿Recibe instrucciones escritas sobre sus medicamentos en el envío de la farmacia de ADAP?
- Sí No No sabe/No está seguro
- *Si la respuesta es ‘**SÍ**’, ¿las instrucciones son (**marque todas las opciones que correspondan**)?
- Fáciles de leer
 Difíciles de leer
 No sabe/No las leyó
14. ¿Alguna vez recibió los medicamentos dañados (golpeados, húmedos, rotos)?
- Sí No
- *Si la respuesta es ‘**SÍ**’, ¿cuál fue el daño (**por favor, especifique**)?
-

15. ¿Qué sugerencias o comentarios tiene para el programa ADAP (**por favor, escriba en letra clara y use otro papel si fuera necesario**)?
