

Doctor: _____

Today's date/ Fecha de hoy: _____

Please circle one / Por favor marque en circulo una respuesta

1. How many times have you seen this doctor? 1 time / 1 vez
¿Cuántas veces ha tenido consulta con este doctor? 2-4 times / 2-4 veces
 > 5 times / Mas que 5 veces

2. How would you describe your general health? Excellent / Excelente
En general, ¿Cómo diría que está su salud? Very Good / Muy bien
 Good / Bien
 Fair / Mas o menos
 Poor / Mal

**Please Circle One / Por favor marque en circulo una respuesta
para cada pregunta**

	No	Sometimes A veces	A lot Mucho	Always Siempre
1. I trust this doctor. Tengo confianza en este doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. This doctor explains things in words I understand. Este doctor me explica con palabras que yo entiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. This doctor treats me with respect. Este doctor me trata con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. This doctor listens well. Este doctor me escucha muy bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. This doctor lets me make choices in my treatment. Este doctor me permite hacer decisiones sobre mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. This doctor asks if I can afford my medical care. Este doctor me pregunta si puedo pagar mi atención medica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments / Comentarios:
