|  |  |
| --- | --- |
| **PARA USO DEL ADMINISTRADOR** | |
|  | Identificación del sitio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Identificación del Gerente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Gracias por su participación en el estudio de BOOST durante los últimos meses. Su intervención nos ayudará a entender cómo influye el uso de BOOST en la práctica quirúrgica y en la obtención y la utilización de datos de resultados de cirugías de cataratas.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y la decisión de participar o no, no afectará de ninguna forma su relación con su organización o con el grupo de investigación

El objetivo de esta última encuesta es recopilar Información sobre su experiencia con BOOST. También podrá ser invitado a participar en una entrevista telefónica opcional.

**Encuesta para el Gerente del servicio – completar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** |  | | | | |
|  | **Nombre de la compañía** |  | | | | |
|  | **A continuación hay una serie de declaraciones relacionadas con su experiencia con BOOST. Por favor, lea cada una de ellas e indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada declaración**  **SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA (1) PARA CADA FILA** | | | | | |
|  | | **Muy de acuerdo**  **(5)** | **De acuerdo**  **(4)** | **Indeciso**  **(3)** | **En desacuerdo**  **(2)** | **En total desacuerdo**  **(1)** |
|  | **Entiendo cómo funciona BOOST** |  |  |  |  |  |
|  | **El análisis de datos de resultados de cirugías de cataratas es muy importante** |  |  |  |  |  |
|  | **Gracias al uso de BOOST, se recogen con más regularidad los datos de resultados de cirugías de cataratas** |  |  |  |  |  |
|  | **El objetivo de este servicio es seguir alentando a los cirujanos a utilizar BOOST** |  |  |  |  |  |
|  | **Le recomendaría BOOST a otros proveedores del servicio en cirugía de cataratas** |  |  |  |  |  |
|  | **Los gerentes deberían poder acceder fácilmente a la información de los resultados quirúrgicos** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Por favor, responda a las siguientes preguntas en los espacios a continuación** | | |
|  | **¿Quién registró información usando BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= administrador/gerente  2= Recepcionista  3= Enfermera  4= Médico  5= Cirujano  5= Otros (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **¿Cuánto tiempo tardó, en promedio, utilizando BOOST, en generar informes con la información de un grupo de pacientes**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= < 30 segundos  2= 30 segundos-1 minuto  3= 1-2 minutos  4= 2-5 minutos  5= 5+ minutos |
|  | **¿Realizó algún cambio en sus sistemas después de haber utilizado BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= Sí  2= No (pase a la pregunta 13) |
|  | **Por favor, describa los cambios realizados en sus sistemas** |  |
|  | **¿Tendría alguna propuesta para mejorar BOOST?** |  |
|  | **¿Le gustaría recibir futuras actualizaciones sobre BOOST? En caso afirmativo, indique la dirección de correo electrónico preferida**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= Sí por favor, especifique su correo electrónico:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2= No |
|  | **¿Estaría dispuesto a participar en una entrevista telefónica de 30 minutos sobre BOOST?**  (marque una respuesta con un círculo) | 1= Sí  2= No  **En caso afirmativo, proporcione la siguiente información personal:**  **Número de teléfono:**  **Hora/fecha solicitada:** |

**Gracias por completar esta encuesta. Por favor, firme y entregue:**

|  |
| --- |
| **Coordinador de Investigación en BOOST**  [BOOST@hollows.org](mailto:BOOST@hollows.org) |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fecha Firma