

Introducción a la encuesta de Radiology-Readiness™ de RAD-AID

Bienvenidos a la encuesta de Radiology - Readiness™. Esta encuesta fue desarrollada por RAD - AID™ International, la cual es una organización no gubernamental comprometida a mejorar el acceso y calidad de servicios radiológicos en partes del mundo con recursos limitados. Los contenidos de la encuesta Radiology - Readiness™ han sido modificados en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La encuesta Radiology Readiness™ ayudará a RAD - AID™ a:

1. Entender el beneficio que proporciona su institución a la salud de la población que atiende.
2. Identificar los beneficios potenciales que su institución podría brindar al iniciar o ampliar los servicios radiológicos, y entender cómo esto podría ayudar a cumplir con sus metas para la atención médica de la población que atiende.
3. Entender los aspectos infraestructurales, epidemiológicos, educativos, administrativos, logísticos, financieros, y clínicos de su institución para poder optimizar la provisión de servicios radiológicos a sus pacientes.

Toda la información reunida en esta encuesta se considera **confidencial**. La encuesta trata de los siguientes temas:

1. La participación de su institución en la comunidad y la satisfacción del paciente.
2. Recursos clínicos no radiológicos (incluyendo pruebas de laboratorio, referencias a especialistas).
3. Epidemiología de enfermedades en su región.
4. Formación médica y educación médica continua.
5. Infraestructura de ingeniería, comunicaciones, e informática.
6. Mecanismos para evaluar y asegurar la calidad de las imágenes médicas y la seguridad del paciente.
7. El inventario, uso, mantenimiento, y reparación de aparatos de imágenes médicas.
8. Las finanzas de su intitución, así como las necesidades y recursos financieros de sus pacientes.

Información general y antecedentes

1. Por favor indique el nombre y dirección de la institución.

Institución:

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado/Provincia:

Código postal:

País:

2. Por favor provea los nombres de otras instituciones de salud (nacionales o internacionales) que sirvan a su comunidad local.

3. ¿Quién será la persona principal en su institución con la que RAD-AID TM pueda comunicarse.

Nombre:

Puesto:

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado/provincia:

Código postal:

País:

Email:

Número de teléfono:

4. Propiedad y afiliaciones de su institución. **Marque todos los que apliquen.**

- | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pública/Gubermental | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Organización religiosa o benéfica |
| <input type="checkbox"/> Corporativa | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> No lucrativa | Por favor, especifique abajo
<input type="text"/> |

5. Clase de institución. **Marque la clasificación que más concuerde.**

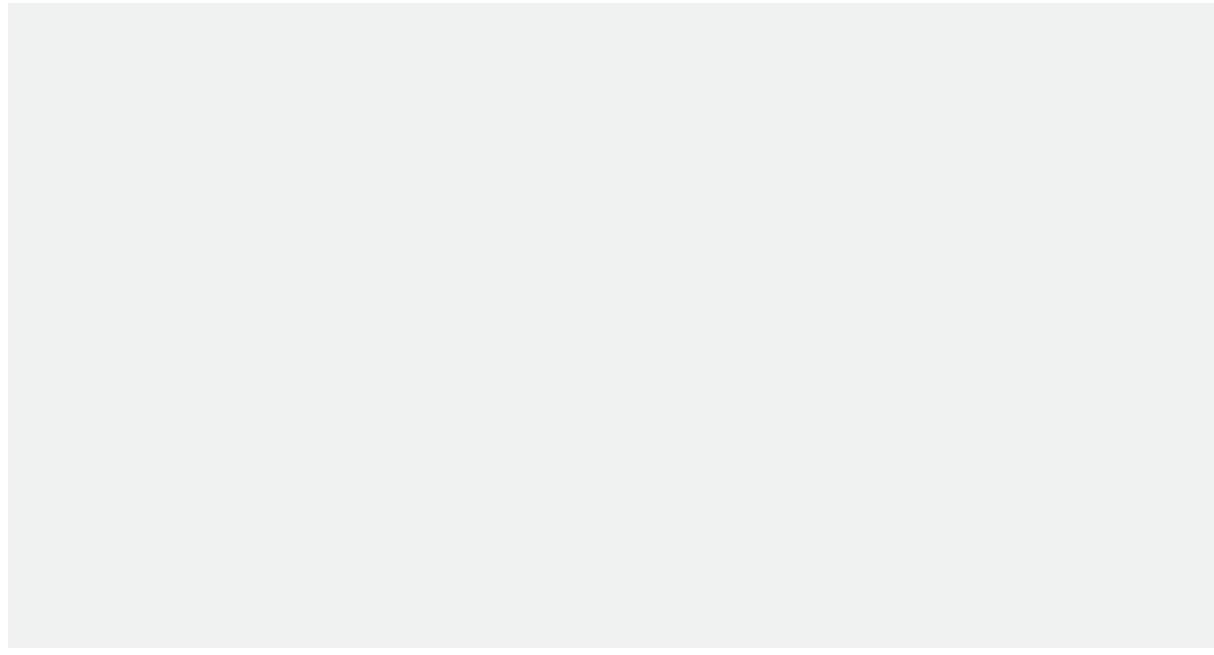
- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hospital de referencia/tercer nivel de atención. | <input type="radio"/> Centro de imágenes médicas independiente |
| <input type="radio"/> Hospital comunitario | <input type="radio"/> Puesto de salud pequeño o clínico rural |
| <input type="radio"/> Centro de salud comunitario | <input type="radio"/> Otro |

Por favor, especifique abajo

6. ¿Cuál es el tamaño aproximado de la población que atiende su institución?

7. Por favor, indique los retos más grandes que enfrenta su institución en orden de importancia. Por favor explique la naturaleza de cada reto y la razon por la cual es particularmente problemático para su institución.

8. Otros comentarios.

A large, empty rectangular box with a light gray background, occupying most of the page below the question. It is intended for the respondent to write their answer to the question "Otros comentarios".

Participación en la comunidad y Satisfacción del paciente

1. Nombre de la institución:

[View Details](#)

2. ¿Apoya u organiza su institución proyectos de servicio a la comunidad?

- Sí
 - No

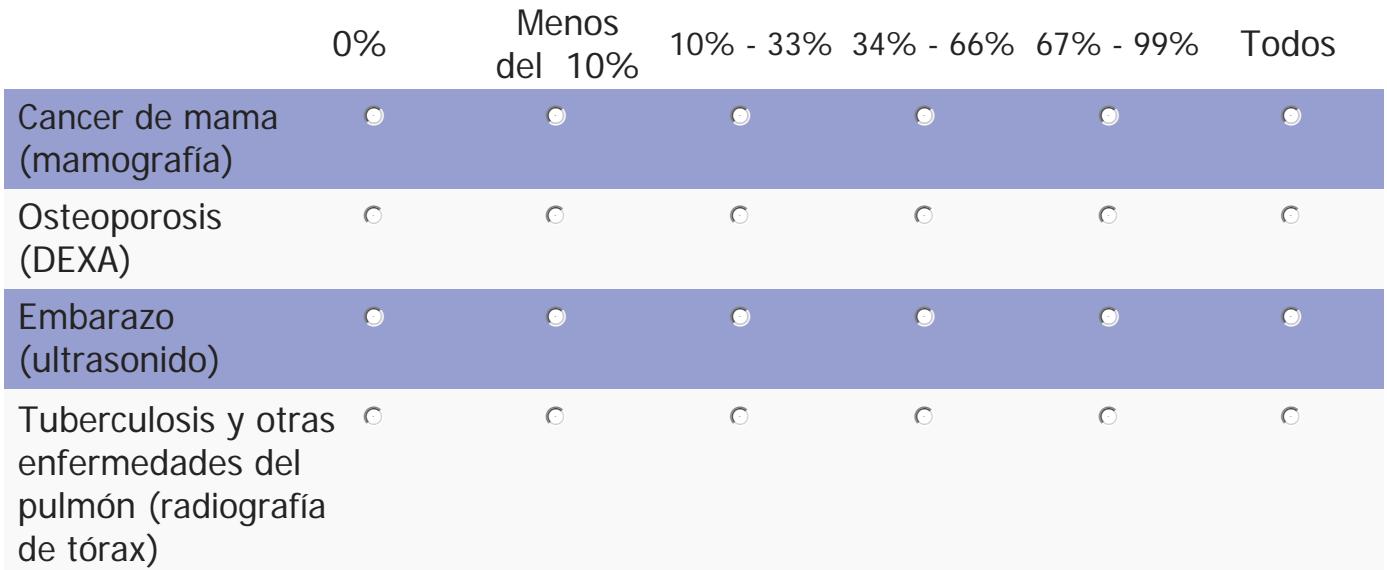
Si ha marcado sí, por favor describa abajo.

3. ¿Existe una estrategia para dar a conocer al público los servicios que su institución ofrece (anuncios, folletos, verbalmente, etc.)?

- Sí
 - No

Si ha marcado sí, por favor describa brevemente su estrategia abajo.

4. ¿Qué porcentaje de sus pacientes entiende la importancia de los siguientes exámenes?



5. ¿Por lo general, cuánto tiempo tiene que esperar un paciente ambulatorio para los siguientes exámenes?

	No disponible	Menos de 24 horas	2 - 3 días	Menos de 1 semana	Menos de 1 mes	Más de 1 mes
Ver a un médico	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tomografía Computarizada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Radiografía	<input checked="" type="radio"/>					
Ultrasonido	<input checked="" type="radio"/>					
Resonancia Magnética	<input checked="" type="radio"/>					
Mamografía	<input checked="" type="radio"/>					
Medicina nuclear	<input checked="" type="radio"/>					
Radiología intervencionista	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluoroscopía gastrointestinal	<input checked="" type="radio"/>					

6. ¿Por lo general, cuánto hay que esperar para ver a un médico en la emergencia?

- Menos de 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- De 1 hora a 2 horas
- De 2 horas a 6 horas
- De 6 horas a 10 horas
- Más de 10 horas

7. ¿Hay alguna manera de evaluar la **satisfacción del paciente**?

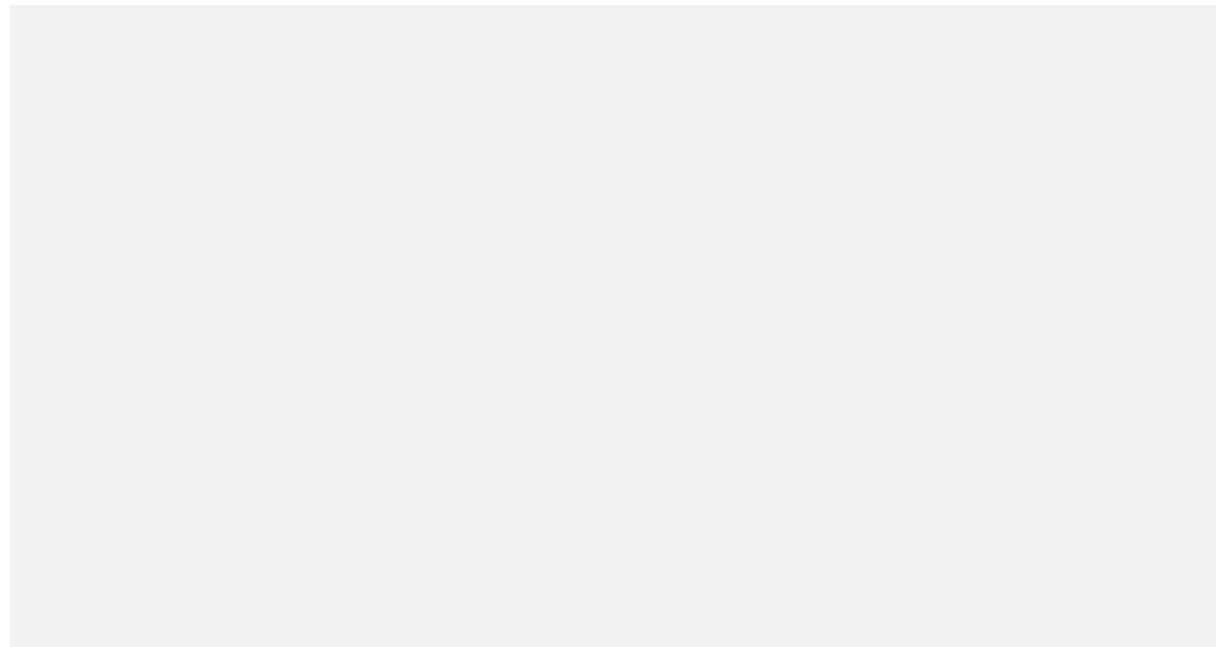
- Sí
- No

A. ¿Cuáles métodos emplea para evaluar la satisfacción del paciente?
Marque todos los que apliquen.

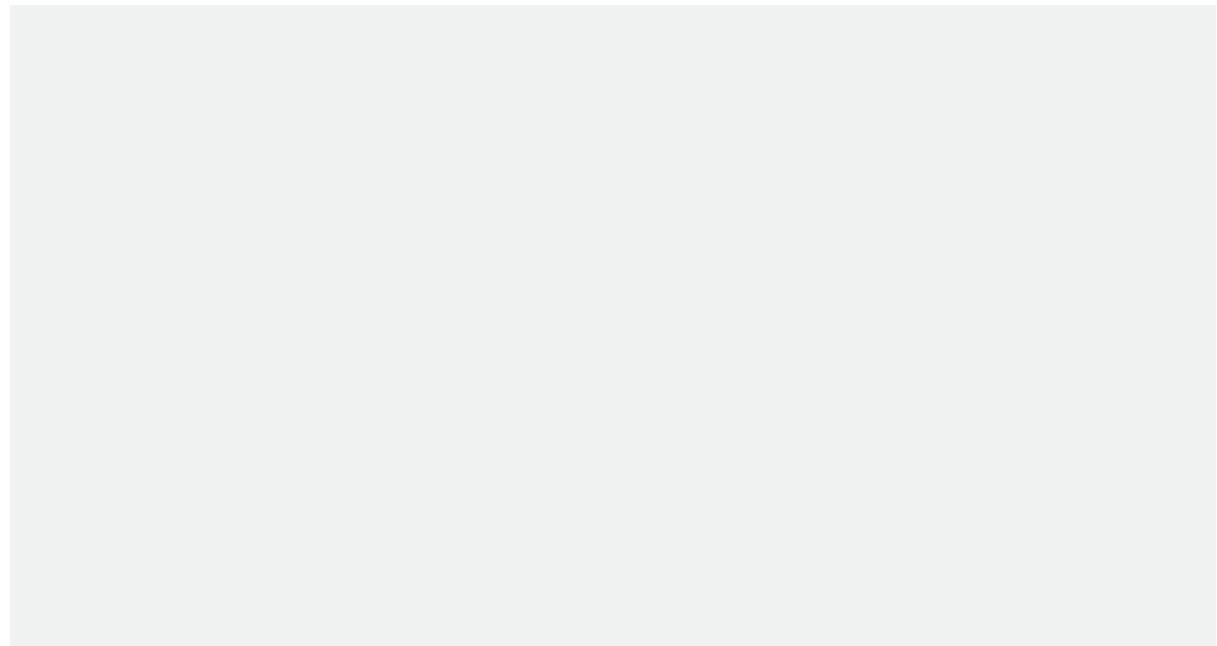
- Encuesta de papel o cuestionario llenado por el paciente
- Encuesta electrónica llenada por el paciente
- Llamada telefónica al paciente
- Comunicación por E-mail
- Conversación en persona con el paciente
- Otro

Si ha marcado otro, por favor dar detalles abajo

8. ¿Cuales son sus metas para mejorar el servicio al paciente?



9. Comentarios adicionales:



Epidemiología de las Enfermedades

1. Nombre de la institución:

2. ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con las siguientes **enfermedades infecciosas**?

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
Enfermedad diarreica	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección del tracto respiratorio.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B o C	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3. ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con las siguientes **infecciones tropicales**?

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente
Úlcera de Buruli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Chagas (trypanosomiasis americana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cisticercosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dengue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dracunculiasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equinococosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fascioliasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trypanosomiasis africana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leishmaniosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lepra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filariosis linfático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oncocercosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rabia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquistosomiasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helmintiasis transmitidas por el suelo (ascaris lumbricoides, trichuris trichiura y uncinarias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tracoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frambesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podoconiosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrongiloidiosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con los siguientes tipos de **cancer primario**?

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
Cáncer de vejiga	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de cérvix y útero	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de colon y recto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de esófago	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de hígado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de pulmón, bronquio, y tráquea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linfoma y mieloma múltiple		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Melanoma y otros tipos de cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cáncer de boca y orofaringe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de ovario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de páncreas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de estómago	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con las siguientes **condiciones crónicas y no transmisibles**.

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
Alcoholismo	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Demencia de Alzheimer y otros tipos	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfermedad cerebrovascular	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfisema/EPOC	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfermedad isquémica o hipertensiva del corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Trastorno depresivo unipolar	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

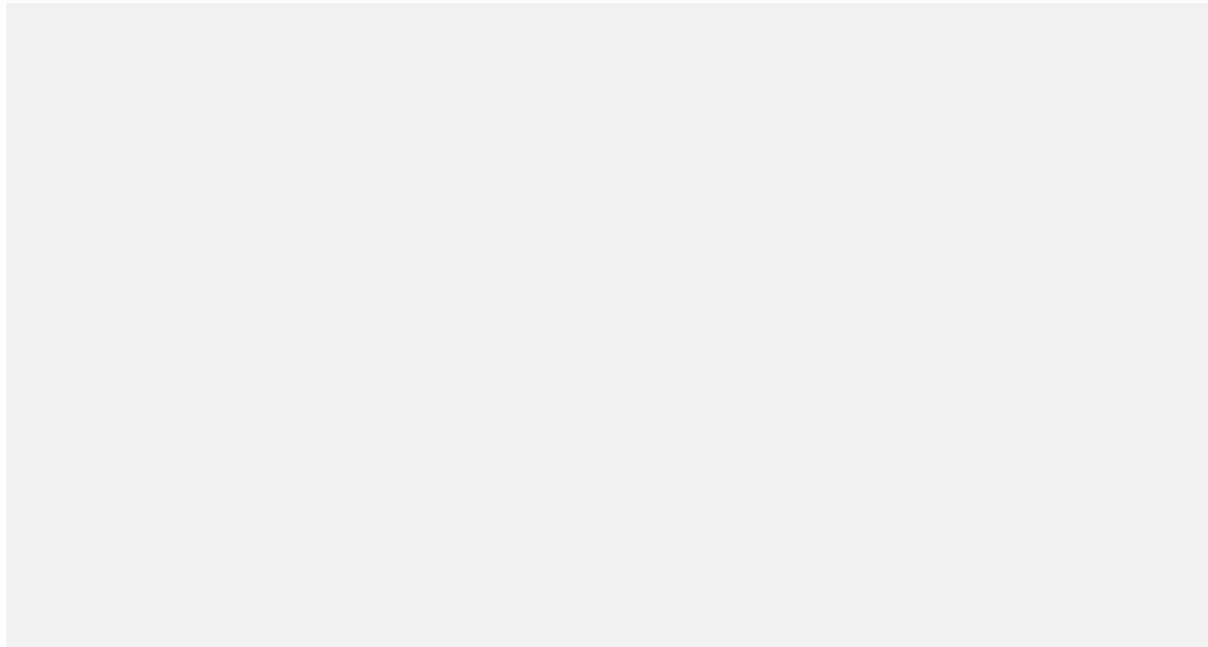
6. ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con las siguientes **condiciones traumáticas y materno/fetales?**

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
Embarazo	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hemorragia periparto	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Infecciones neonatales	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Asfixia y trauma del nacimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Nacimiento prematuro y de bajo peso	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Trauma y lesiones musculoesqueléticas	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Accidentes de tráfico	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. ¿Cuáles de los siguientes procedimientos se llevan a cabo en su institución?
Marque todos los que apliquen.

- Parto por cesárea
- Biopsia guiada por imagen
- Biopsia quirúrgica
- Drenaje de líquido/absceso percutáneo

8. Comentarios adicionales:

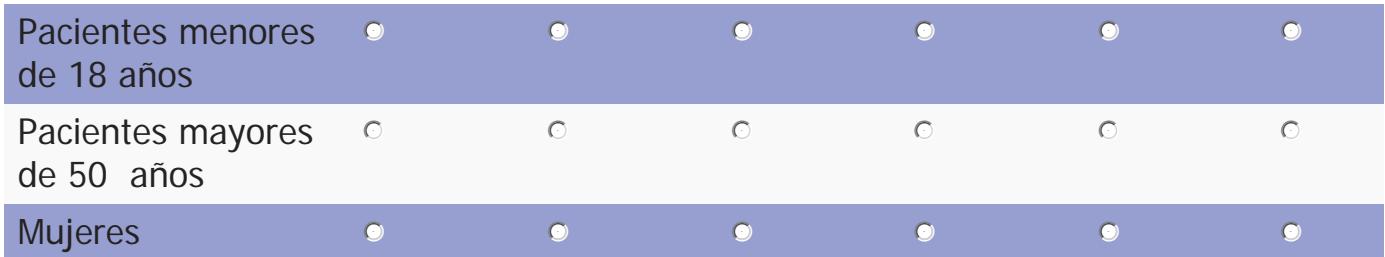


Datos demográficos, capacidad para pacientes, y patrones de referencia

1. Nombre de la institución:

2. ¿Qué porcentaje de sus pacientes pertenecen a las siguientes **categorías demográficas**?

0% 0%-10% 10%-33% 34%-66% 67% - 99% 100%



3. ¿Cuántas camas de hospitalización hay en su institución?

4. Por lo general, ¿qué porcentaje de camas de hospitalización están ocupadas?

- No aplica
- <10%
- 10 - 33%
- 34% - 66%
- 67% - 90%
- >90%

5. Por lo general, ¿cuántos pacientes ambulatorios se atienden en su institución cada día?

6. ¿Con qué frecuencia ejercen sus médicos aspectos de medicina fuera de su especialidad (por ejemplo, un internista que hace cirugía)?

- Rara vez
- A veces
- Frecuentemente

7. ¿Refiere pacientes a otras instituciones para consulta?

- Sí
- No

Si ha marcado sí, indique abajo los nombres de las instituciones a las que refiere pacientes. También indique la distancia a estos lugares desde su institución.

8. ¿Comentarios adicionales?

Pruebas clínicas de laboratorio

1. Nombre de la institución:

2. ¿Cuáles pruebas microbiológicas se llevan a cabo en su institución? Marque todas las que apliquen.

- Cultivo fecal
- Cultivo de orina y urinálisis
- Cultivo de micobacteria
- Tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (baciloscopia tinción de Ziehl Neelsen)
- PCR para tuberculosis
- Cultivo bacterial
- Prueba de sensibilidad de las bacterias a los antibioticos.
- ELISA para VIH
- Western Blot para VIH
- PCR para VIH

3. ¿Cuáles pruebas químicas se llevan a cabo en su institución? Marque todas las que apliquen.

- Electrolitos (Na, K, HCO₃, Cl, Ca, Mg, Fe, PO₄)
- Pruebas de función renal (creatinina, nitrógeno uréico (BUN))
- Glicemia
- Albumina y proteínas totales
- Pruebas de función hepáticas (AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina)
- Gases arteriales (O₂, CO₂)

4. ¿Cuáles **pruebas hematológicas** se llevan a cabo en su institución? **Marque todas las que apliquen.**

- Hemoglobina y hematocrito
- Recuento leucocitario
- Recuento de plaquetas
- Fórmula leucocitaria.
- Frotis de sangre
- INR/TP
- Tiempo de Tromboplastina Parcial (PTT)

5. ¿Cuáles **exámenes de patología clínica** se llevan a cabo en su institución? **Marque todos los que apliquen.**

- Patología quirúrgica (microscopía)
- Citopatología
- Autopsia
- Colposcopia
- Papanicolaou

6. ¿Comentarios adicionales?

Agentes Farmacéuticos y Otros Insumos Clínicos

1. Nombre de la Institución:

2. ¿Cuál(es) de los siguientes productos **farmacéuticos y otros agentes** está(n) disponible(s) en su institución? **Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Líquidos por vía intravenosa | <input type="checkbox"/> Desinfectantes y antisépticos (p. ej, alcohol, yodo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Rehidratación oral |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos generales | <input type="checkbox"/> Antiácidos y otros medicamentos antiulcerosos |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Hormonas tiroideas y medicamentos antitiroideos |
| <input type="checkbox"/> Sedación para procedimientos de corta duración
(p. ej, midazolam, propofol, fentanyl, etc.) | |

3. ¿Cuál(es) de los siguientes antibióticos está(n) disponible(s) en su institución? **Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antihelmínticos (p. ej, anti esquistosomiásicos) | <input type="checkbox"/> Antimicóticos sistémicos
(p. ej, Fluconazole) |
| <input type="checkbox"/> Antibacterianos (p. ej, penicilina) | <input type="checkbox"/> Antirretrovirales (VIH) |
| <input type="checkbox"/> Antituberculosos (p. ej, Isoniazida) | <input type="checkbox"/> Antipalúdicos (p. ej, Mefloquina) |

4. ¿Cuál(es) de los siguientes **medicamentos cardiovasculares y pulmonares** está(n) disponible(s) en su institución? **Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antianginosos (p. ej, nitroglicerina) | <input type="checkbox"/> Agentes reductores de Lípidos (p. ej, estatinas) |
| <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos (p. ej, amiodarona) | <input type="checkbox"/> Diuréticos |
| <input type="checkbox"/> Antihipertensivos | <input type="checkbox"/> Antiasmáticos y medicamentos para enfermedad pulmonar obstructiva crónica |

5. ¿Cuál(es) de los siguientes **agentes anti-inflamatorios** está(n) disponible(s) en su institución? **Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- | |
|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AINEs |
| <input type="checkbox"/> Corticosteroides |

6. ¿Cuál(es) de las siguientes **vacunas están disponibles en su institución? Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la polio en vivo | <input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Influenza | |
| <input type="checkbox"/> Difteria, Tétanos, Pertussis | <input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas, Rubéola | <input type="checkbox"/> Rabia |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo B | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla |
| <input type="checkbox"/> Neumocócica | <input type="checkbox"/> Meningocócica | <input type="checkbox"/> Tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Polio inactivado | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Dengue |
| | | <input type="checkbox"/> Encefalitis japonesa |

7. ¿Qué método (s) utiliza para **esterilizar y desinfectar material quirúrgico reutilizable? Por favor, seleccione todos los que correspondan.**

- Vapor de alta presión (p. ej, autoclave)
- Calor seco (p. ej, horno)
- Gas químico de esterilización (p. ej, óxido de etileno, el ozono)
- Cloro blanqueador
- Aldehídos (p. ej, Formaldehído, ortho ftalaldehído, o gultaraldehyde)
- Peróxido de hidrógeno
- Ácido (p. ej, ácido peracético)
- Radiación ionizante (rayos X)
- Radiación ultravioleta (UV)

8. ¿Comentarios adicionales?

Recursos Humanos

1. Nombre de la Institución:

2. Por favor, indique el número de **médicos que no son radiólogos** que tiene en su institución en cada una de las especialidades que se muestran abajo.

	Ninguno	1 - 4	5 - 10	>10
Anestesiología	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergia e Inmunología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de la mama	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía cardiotoracica	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina de Emergencia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endocrinología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastroenterología	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Interna General	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía General	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ginecología (no - obstétrico)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hematología	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados Intensivos / UCI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mastología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía maxilofacial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neonatología / UCIN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nefrología	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurocirugía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstetricia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oncología, Medicina	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oncología, Cirugía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oftalmología	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía ortopédica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otorrinolaringología (ORL)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pediatría	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Física y Rehabilitación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía Plástica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Podológica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psiquiatría	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neumología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radioterapia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reumatología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urología	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía Vascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Por favor, indique el número de **personal de radiología** que usted tiene en su institución en cada una de las categorías que se muestran abajo.

	Ninguno	1 - 4	5 - 10	>10
Radiólogos (todos)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiólogos con entrenamiento especializado/fellowship (por favor indique en la sección de comentarios)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicos/tecnólogos de rayos X	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecografistas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Físicos médicos	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor indique las especialidades de radiología aquí (si existen)

4. Les es permitido a los radiólogos de su institución trabajar en otras instituciones no afiliadas (por ejemplo, tanto en un hospital público como en uno privado)?

- Sí
- No

5. Por favor, indique el número de **personal (no médicos)** que tiene en su institución en cada una de las categorías que se muestran abajo.

	Ninguno	1 - 4	5 - 10	>10
Enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comadronas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistente médico u otro personal clínico auxiliar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmacéuticos / técnicos de farmacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal de tecnología de la información, técnicos en computación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administradores, contadores, y otros miembros del personal de dirección de negocios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Qué tipo de personal trabaja en sus instalaciones? **Seleccione todas que correspondan.**

- Empleados de tiempo completo o parcial
- Voluntarios
- Médicos residentes que están en formación (recién egresados de la escuela de medicina)
- Estudiantes de medicina

7. ¿Hay carencia de personal en su institución en cualquiera de las posiciones mencionadas anteriormente? Si es así, seleccione "Sí" y describa a continuación en "Comentarios".

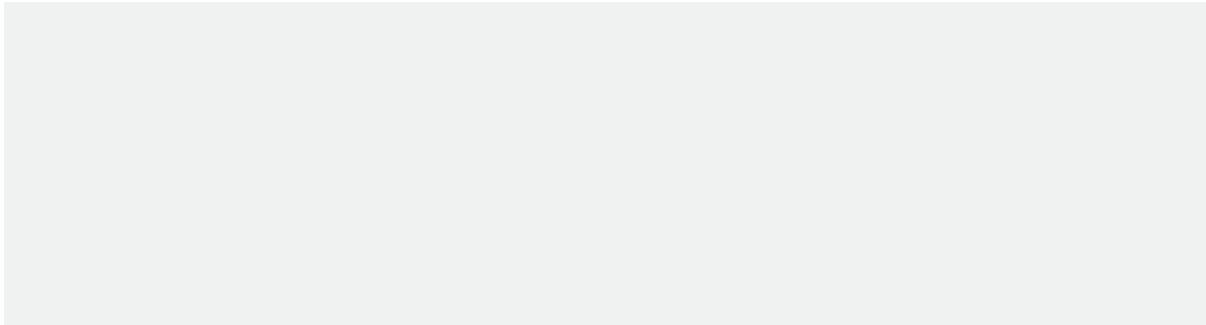
- Sí
- No

Comentarios

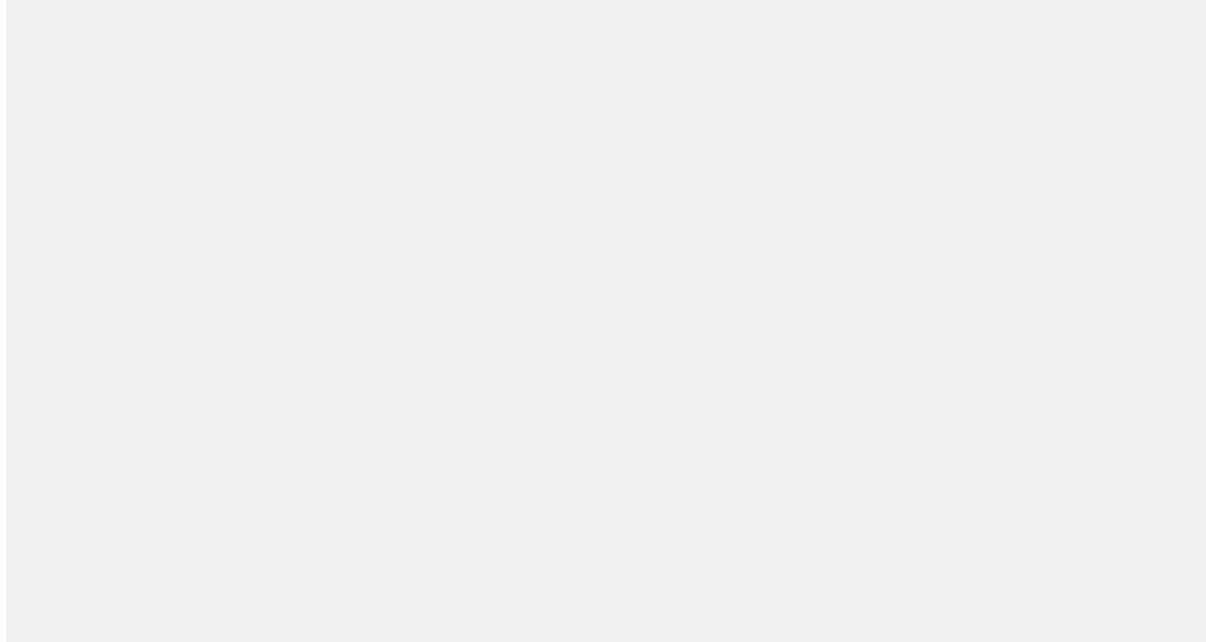
8. ¿Tiene su institución una **alta frecuencia de cambio de empleados** en cualquiera de las posiciones mencionadas anteriormente? Si es así, seleccione "Sí" y describa a continuación en "Comentarios".

- Sí
- No

Comentarios



9. ¿Comentarios adicionales?



Capacitación y Educación Continua

1. Nombre de la Institución:

2. Por favor, indique el **más alto nivel de capacitación necesario** para cada una de las siguientes profesiones.

	No sé	Escuela Secundaria / Formación Profesional	Diplomado/título técnico (normalmente dos años después de la secundaria)	Colegio / Universidad
Radiólogo	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Técnicos/tecnólogos de rayos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecografista	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfermera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oficial de radioprotección	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Físico médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Cuál de las siguientes carreras requieren participación en la **educación médica continua** durante la totalidad de la carrera? Por favor, **seleccione todas las que correspondan**.

- Radiólogo
- Los técnicos/tecnólogos de rayos
- Ecografista
- Enfermera
- Oficial de seguridad de la radiación
- Físico médico

4. ¿Son accesibles las siguientes formas de **educación médica continua** a los radiólogos en su institución? Puede dar detalles sobre las razones específicas de sus respuestas de más adelante bajo "Comentarios". **Por favor, deje en blanco si no tiene radiólogos en su institución.**

	Rara vez o nunca accesibles	Accesibles, pero en cantidades limitadas	Por lo general accesibles	Siempre o casi siempre accesible
Entrenamiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrenamiento (en línea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas de papel	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas en línea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones locales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones nacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones Internacionales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentarios

5. ¿Que tan accesibles son las siguientes formas de **educación médica continua** para **tecnólogos/técnicos** en rayos X en su institución? Puede dar detalles sobre las razones específicas de sus respuestas más adelante bajo "Comentarios". **Por favor, deje en blanco si no tiene tecnólogos/técnicos en su institución.**

	Rara vez o nunca accesibles	Accesibles, pero en cantidades limitadas	Por lo general accesibles	Siempre o casi siempre accesible
Entrenamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrenamiento (en línea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas de papel	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas en línea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias locales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones nacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones Internacionales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentarios

6. ¿Que tan accesibles son las siguientes formas de **educación médica continua para ecografistas** en su institución? Puede dar detalles sobre las razones específicas de sus respuestas más adelante bajo "Comentarios". **Por favor, deje en blanco si no tiene ecografistas en su institución.**

	Rara vez o nunca accesibles	Accesibles, pero en cantidades limitadas	Por lo general accesibles	Siempre o casi siempre accesible
Entrenamiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrenamiento (en línea)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas de papel	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas en línea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones locales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones nacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conferencias/reuniones Internacionales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentarios

7. ¿Entrena **oficiales de radioprotección** en su institución?

- Sí
- No

8. ¿Entrena **físicos médicos** en su institución?

- Sí
- No

9. Por favor, describa cualquier sugerencia que tenga para los futuros programas de capacitación y desarrollo que le gustaría tener en su institución.

10. ¿Comentarios adicionales?

Infraestructura Estructural, Eléctrica, de Climatización y de Transporte

1. Nombre de la Institución:

2. ¿Qué tan confiable es su principal **fuente de energía**?

- Poder disponible el 100% del tiempo
- Poder disponible el 75-99% del tiempo
- Poder disponible el 50-74% del tiempo
- Poder disponible el <50% del tiempo

3. ¿Qué tan estable es su principal **fuente de energía**?

- Siempre estable
- A veces estable
- Con frecuencia inestable

4. ¿Están sus dispositivos electrónicos conectados a **estabilizadores de voltaje**?

- Sí
- No

5. ¿Tiene alguna fuente de **energía de reserva**?

- Sí
- No

A. ¿Qué fuente (s) de energía de reserva se utilizan? Seleccione toda las que apliquen.

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Batería | <input type="checkbox"/> Luz solar |
| <input type="checkbox"/> Diesel o gasolina de combustible | <input type="checkbox"/> Hidroeléctrica |
| <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Geotérmica |
| <input type="checkbox"/> Propano | |

B. ¿Cuál es la típica potencia de salida de su generador de reserva o fuente de energía de reserva (kW)?

6. ¿Cuál es el área de **superficie total** de su institución en metros cuadrados?

7. ¿Qué porcentaje aproximado de este espacio está **dedicado a radiología**?

8. ¿Qué **material(es)** se utilizan en el armazón (o armazones) de sus edificio(s)?

Seleccione todos los que apliquen.

- Acero
- Madera
- Piedra o ladrillo

9. ¿Qué material(es) se utilizan en el **paredes** de sus edificio(s)? **Seleccione todos los que apliquen.**

- Protección de plomo
- Hoja de roca
- Yeso
- Madera
- Piedra o ladrillo

10. ¿Qué tipo(s) de subsuelo tiene en el nivel más bajo de sus edificio(s)? **Seleccione todos los que apliquen.**

- Piso de concreto
- Piso de tierra

11. Tienen sus instalaciones la capacidad (tamaño y límite de carga) para instalar **equipo pesado** de más de dos toneladas métricas, tales como una tomografía computarizada o unidad de resonancia magnética?

- Sí
- No
- No estoy seguro (a)

12. ¿Cuál es su **rango de temperatura interior**? Por favor introduzca el mínimo anual y el máximo anual en grados centígrados.

Mínimo anual interior (grados centígrados)

Máximo anual interior (grados centígrados)

13. ¿Con qué frecuencia están disponibles los siguientes?

	Siempre o casi siempre	La mayoría de las veces	Parte del tiempo	Rara vez o nunca
Aire acondicionado (frío)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calefacción de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Deshumidificación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

14. ¿Tiene algún problema con la condensación de agua en las paredes y/o equipo en cualquier momento durante el año?

- Sí
- No

15. ¿Tiene algún problema con la acumulación de **polvo** en el equipo?

- Sí
- No

16. Por favor califique la **disponibilidad** de cada uno de los siguientes en sus instalaciones.

	No disponible	Por lo general escaso	suele estar disponible	siempre disponible
Agua potable (no necesariamente estéril)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua estéril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Un sistema intacto funcional para distribución automática de agua alrededor de sus instalaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Un sistema de drenaje intacto y funcional, tal como alcantarillado o fosa séptica, para la eliminación de los desechos humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Están pavimentadas con asfalto y concreto la mayoría de **carreteras** que

- Sí conducen a sus instalaciones?
- No

18. ¿Con qué frecuencia son utilizados los siguientes medios de **transporte** por los pacientes para llegar a sus instalaciones?

	Con poca frecuencia	A veces	Frecuentemente
Helicóptero/Medivac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulancia médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto o camioneta (incluyendo taxis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autobús	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motocicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bicicleta no-motorizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Animales (p. ej., mula, burro, caballo, buey)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ¿Comentarios?

Comunicaciones

1. Nombre de la Institución:

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la disponibilidad y confiabilidad del **servicio telefónico de línea terrestre** en sus instalaciones? Servicios de telefonía móvil se abordarán más adelante.

- Disponible de forma continua (durante todo el día, todos los días)
- Disponible con interrupciones infrecuentes u ocasionales
- Disponible con interrupciones frecuentes
- Generalmente no disponible o nunca disponible

3. ¿Es el **número de líneas de telefonía línea terrestre** adecuada para satisfacer sus necesidades?

- Sí
- No

4. ¿Eres capaz de fácilmente (financiero y logístico) teilarizar **Llamadas internacionales en sus teléfonos de línea terrestre**?

- Sí
- No

5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la disponibilidad y fiabilidad de los **servicios telefónicos móviles/celulares** en sus instalaciones?

	Disponible de forma continua (24/7/365)	Disponible con interrupciones infrecuentes o ocasionales	Disponible con interrupciones frecuentes	Generalmente o siempre que no está disponible
Transmisión de voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensajes de texto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmisión de datos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Tiene **3G o 4G** de acceso a Internet móvil?

- Sí
- No
- Inseguro

7. ¿Es el **número de líneas móviles** entre el personal adecuado para satisfacer las necesidades de su instalación?

- Sí
- No
- No se aplica

8. ¿Eres capaz de fácilmente (financiero y logístico) tealizar **llamadas internacionales en sus teléfonos móviles/celulares**?

- Sí
- No

9. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la disponibilidad y fiabilidad del **acceso a Internet** en su institución?

- Disponible de forma continua (24/7/365)
- Disponible con interrupciones infrecuentes o ocasionales
- Disponible con interrupciones frecuentes
- Generalmente o siempre que no está disponible

10. ¿Cuáles son los **tipos disponibles de conexión a Internet** en su institución? **Por favor, seleccione todas las que correspondan.**

- Módem de acceso telefónico
- Módem DSL
- Cable módem
- T1 u otra dedicada, no compartida de alta velocidad de acceso a línea
- Acceso de banda ancha móvil (p. ej, WiMAX, 3G, 4G)
- Internet por satélite

11. ¿Cuál es su **ancho de banda máximo (Mbps)**?

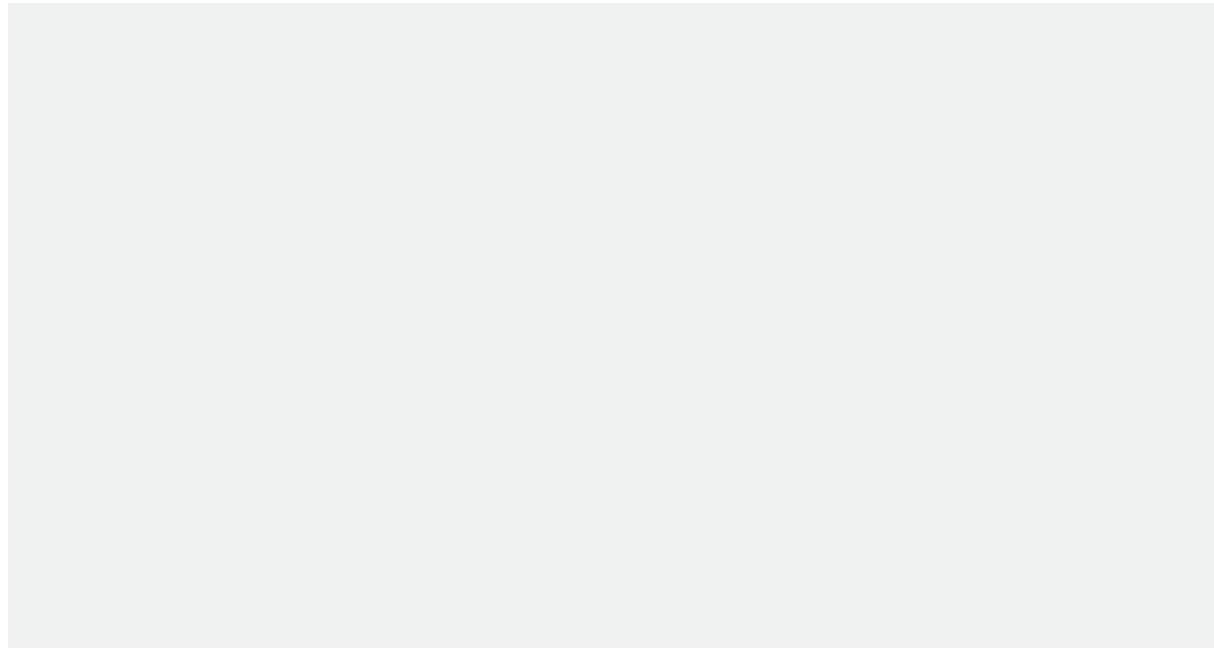
12. ¿Es su **ancho de banda adecuado** para satisfacer sus necesidades?

- Sí
- No

13. ¿Tiene acceso a la tecnología de **conferencia web**?

- Sí
- No

14. ¿Comentarios adicionales?

A large, empty rectangular box with a light gray background, occupying most of the page below question 14. It is intended for the respondent to write any additional comments or notes.

Tecnología de la Información

1. Nombre de la Institución:

2. ¿Tiene **computadoras disponibles de uso general** para el personal?

- Sí
- No

3. ¿Tiene acceso a correo electrónico?

- Sí
- No

4. ¿Tiene acceso a **intercambio de archivos electrónicos**, tales como FTP, Microsoft SharePoint, grupo de almacenamiento web, etc?

- Sí
- No

5. ¿Tiene capacidades básicas de procesamiento de textos (p. ej, Microsoft Word)?

- Sí
- No

6. ¿Tiene la capacidad de crear **presentaciones electrónicas básicas** (p. ej, Microsoft Powerpoint)?

- Sí
- No

7. Utiliza algun **Registro médico electrónico**?

- Sí
- No

Si es así, por favor describa.

8. ¿Utiliza algun **Sistema electrónico de Información Radiológica** que suporte cosas tales como manejo del flujo de trabajo de radiología, entrada de resultado(s) de radiología, y salida de informe(s) de radiología?

- Sí
- No

Si es así, por favor describa.

9. ¿Utiliza algun sistema electrónico de manejo de **información de Salud** (HMIS o HIS) que le ayude a realizar seguimiento de cuestiones administrativas tales como el registro de pacientes, programación de citas, admisión / egresos / traslados, manejo de camas y a facturación?

- Sí
- No

Si es así, por favor describa.

10. ¿Existen estándares gubernamentales la **privacidad de la historia clínica del paciente** en su país?

- Sí
- No

11. ¿Cuántas **estaciones de trabajo de radiología** para visualizar imágenes digitales tiene su institución?

- 0
- 1 - 5
- 6 - 10
- 11 - 20
- >20

12. ¿Tiene algun **sistema de archivo y comunicación de imágenes (PACS)** para almacenar, recuperar y distribuir imágenes médicas?

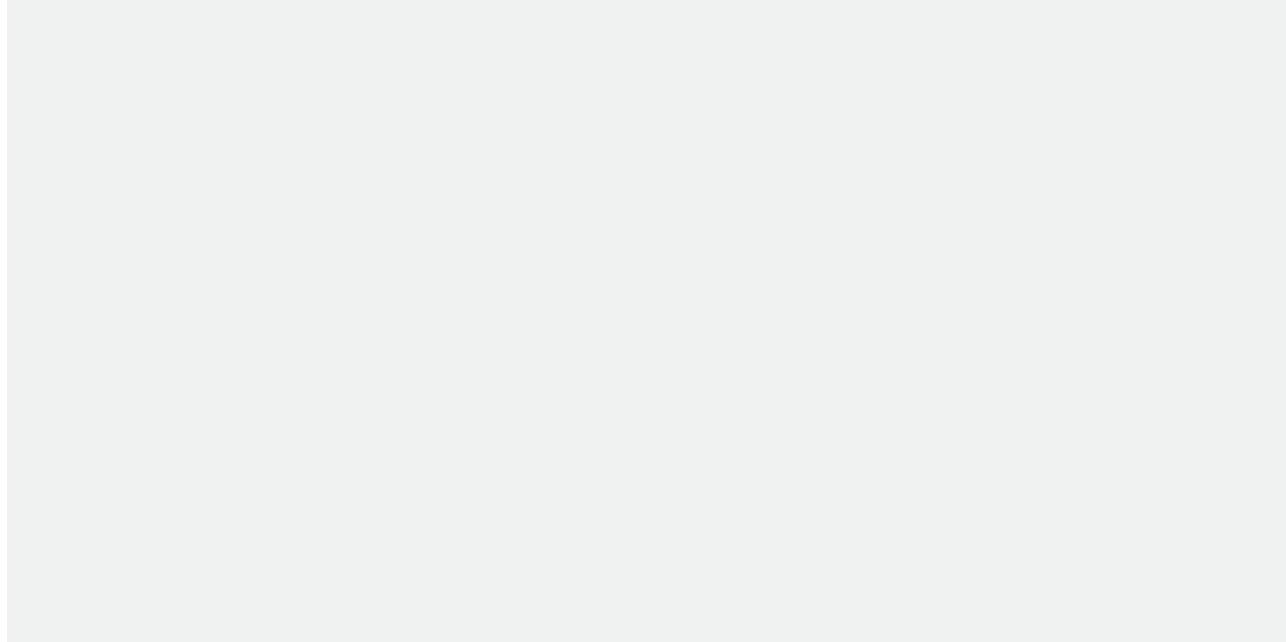
- Sí
- No

En caso afirmativo, especificar proveedor software y versión de PACS

13. ¿Hace uso de la **teleradiología** en su institución? Teleradiología se define como la transmisión de imágenes médicas por vía electrónica desde sus instalaciones a otro lugar para su interpretación y/o consulta.

- Sí
- No

14. ¿Comentarios adicionales?



Imágenes médicas: Capacidades y Limitaciones

1. Nombre de la Institución:

2. Favor de indicar si su institución utiliza imágenes digitales (CR o DR) en lugar de radiografía simple para las siguientes modalidades.

	No tenemos esta modalidad	Digital	Tenemos un plan concreto para cambiar a digital	No tenemos planeado cambiar a digital
Radiografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mamografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluoroscopía General	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluoroscopía Intervencional (p. ej. radiología intervencionista)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Medicina Nuclear Planar	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Densitometría ósea	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

3. Favor de indicar si su institución utiliza un Sistema de Archivo y Comunicación de Imágenes (PACS según sus siglas en inglés) para cada una de las siguientes modalidades.

	No tenemos esta modalidad	Ya utilizamos PACS	Tenemos un plan concreto de cambiar a PACS	No planeamos cambiar a PACS
Radiografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mamografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TC-tomografía computada	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RM-resonancia magnética	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluoroscopía General	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluoroscopía Intervencional (p. ej. radiología intervencionista)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sonografía Medicinal	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Nuclear Planar		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PET	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SPECT	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Densitometría ósea	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

4. ¿Con qué frecuencia es la interpretación final de imágenes hecha por...

	Nunca	Con poca frecuencia	A veces	Frecuentemente	Siempre
Radiólogo?	<input checked="" type="radio"/>				
Médico no-radiólogo?	<input checked="" type="radio"/>				
Personal no médico?	<input checked="" type="radio"/>				

5. ¿Piensa usted que es necesario entrenar personal asistente (asistentes de médico, técnicos de radiología, enfermería, etc.) en la interpretación de imágenes médicas?

- Sí
- No
- Quizás

6. Favor de indicar la disponibilidad promedio de cada una de las siguientes modalidades

7. Favor de indicar la disponibilidad **del siguiente equipo** .

	No disponible	Usualmente en poca cantidad	Usualmente disponible	Siempre disponible
Contraste Iodinizado	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Contraste Gadolinio	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Contraste bario oral	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Contraste oral soluble en agua	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Película	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cassettes para Película	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Radiofármacos	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Catéteres	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Agujas	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cobertores/protectores para transductores de sonografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gel para sonografía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Guantes	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gazas	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

8. Favor de indicar con qué frecuencia son referidos pacientes a su institución para realizar los siguientes estudios de imágenes médicas.

	Muy rara vez	A veces	Frecuentemente o siempre
Radiografía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
TC-tomografía computada	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RM-resonancia magnética	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopía General	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopía Intervencional (p. ej. radiología intervencionista)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonografía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina Nuclear Planar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
PET	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPECT	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Densitometría ósea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Si usted recibiera una donación de equipo médico, estaría dispuesto y en capacidad de sufragar los gastos de **aduana**? Esto incluye completar los documentos necesarios y posiblemente tener un representante presente en el puerto de entrada (además de otros requerimientos que varían en cada país).

- Sí
- No

10. Favor de indicar el peso máximo de equipo médico que usted podría transportar en condiciones seguras desde el puerto de entrada hasta su destino final.

- No podemos transportar equipo y necesitaríamos asistencia
- Hasta 100 kg
- Hasta 500 kg
- Hasta 1000 kg
- Más de 1000 kg

11. ¿Qué equipos está interesado en recibir por medio de donación? Favor de indicar todos los que apliquen.

- Radiografía de película
- Radiografía digital
- Mamografía de película
- Mamografía digital
- Sonografía/Ultrasonido
- TC - tomografía computada
- RM - resonancia magnética
- Fluoroscopía convencional
- Fluoroscopía brazo C (intervencionista)
- PET
- SPECT
- Otro

Si otro, favor de especificar:

12. ¿Utiliza el personal de radiología de su institución utiliza dosímetros **personales** para monitorear la exposición a radiación?

- Sí
- No

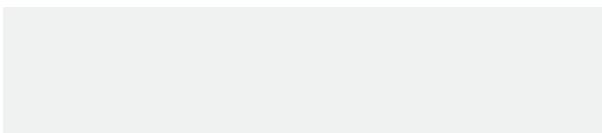
13. ¿Tiene una cantidad adecuada y en buenas condiciones de equipo de radioprotección (delantales y guantes de plomo, etc.)?

- Sí
- No

14. ¿Existen estándares de seguridad de radiación establecidos por gobierno local o nacional?

- Sí
- No

A. De ser así, favor de indicar el cuerpo/departamento de gobierno encargado:



B. ¿Es usted capaz de cumplir con estos estándares de seguridad de radiación?

- Sí
- No

15. ¿Existe alguna regulación que requiera el registro de equipo médico y/o de imágenes médicas?

- Sí
- No

16. Para cada uno de los siguientes equipos de imágenes médicas favor de indicar el número de unidades funcionales (no dañadas) en su institución:

Radiografía de película	<input type="text"/>
Desarrollador de película	<input type="text"/>
Radiografía computarizada (CR)	<input type="text"/>
Radiografía digital directa (dDR)	<input type="text"/>
Mamografía	<input type="text"/>
Ultrasonido	<input type="text"/>
TC - tomografía computada	<input type="text"/>
RM - resonancia magnética	<input type="text"/>
Fluoroscopía convencional	<input type="text"/>
Unidad de fluoroscopía brazo C/angiografía	<input type="text"/>
PET	<input type="text"/>
Gamma SPECT	<input type="text"/>
Gamma no SPECT	<input type="text"/>
Densitometría ósea	<input type="text"/>

17. Para cada uno de los siguientes equipos de imágenes médicas favor de indicar el número de unidades dañadas en su institución:

Radiografía de película	<input type="text"/>
Desarrollador de película	<input type="text"/>
Radiografía computarizada (CR)	<input type="text"/>
Radiografía digital directa (dDR)	<input type="text"/>
Mamografía	<input type="text"/>
Ultrasonido	<input type="text"/>
TC - tomografía computada	<input type="text"/>
RM - resonancia magnética	<input type="text"/>
Fluoroscopía convencional	<input type="text"/>
Unidad de fluoroscopía brazo C/angiografía	<input type="text"/>
PET	<input type="text"/>
Gamma SPECT	<input type="text"/>
Gamma no SPECT	<input type="text"/>
Densitometría ósea	<input type="text"/>

18. ¿Cuál es el volumen total de estudios en su institución para cada una de las siguientes modalidades? Favor de especificar las unidades en su respuesta, por ejemplo "pacientes por día", "estudios por mes", etc.

Radiografía	<input type="text"/>
Mamografía	<input type="text"/>
TC - tomografía computada	<input type="text"/>
RM - resonancia magnética	<input type="text"/>
Fluoroscopía convencional	<input type="text"/>
Fluoroscopía brazo C (p. ej. radiología intervencionista)	<input type="text"/>
Sonografía	<input type="text"/>
Medicina Nuclear Planar	<input type="text"/>
PET	<input type="text"/>
SPECT	<input type="text"/>
Densitometría ósea	<input type="text"/>

19. Favor de indicar la cantidad de cada uno de los siguientes aparatos de tomografía computada (TC) que tiene en su institución en este momento.

320 cortes

256 cortes

128 cortes

64 cortes

32 cortes

16 cortes

8 cortes

4 cortes

2 cortes

1 cortes

20. Favor de indicar la cantidad de cada uno de los siguientes aparatos de resonancia magnética (RM) que tiene en su institución en este momento. Si no tiene aparato de RM, favor de dejar en blanco.

3 Tesla

1.5 Tesla

1 Tesla

Menos de 1 Tesla

21. ¿Comentarios adicionales?

Mantenimiento de Equipo

1. Nombre del Local:

2. ¿Quién está a cargo del **control de calidad (CC)**? Un programa de CC en radiología consiste en evaluar regularmente varios componentes que forman parte de la creación de imágenes médicas para asegurarse de que esté funcionando correctamente.

- No tenemos un programa de CC
- Físico Médico
- Oficial de Seguridad en Radiación
- Técnico
- Médico
- Enfermera (o)
- Otro

Si otro, por favor explique

3. ¿Qué accesibilidad tiene su institución para reparar los siguientes equipos de radiología?

	No tenemos este equipo	Inaccesible	Difícil de accesar	Accesible
Radiografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Revelador de película	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radiografía computarizada		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radiografía Digital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mamografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ultrasonido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MRI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fluoroscopia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fluoroscopia de Angiografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PET	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gamma SPECT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gamma no-SPECT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Densitometría ósea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. ¿Cuanto **tiempo** toma usualmente reparar los siguientes equipos en su institución?

	No tenemos este equipo	Menos de 1 semana	1 a 4 semanas	Más de 4 semanas
Radiografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revelador de Kodal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiografía Computarizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiografía Digital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoroscopía de Angiografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gamma no-SPECT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Densitometría ósea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

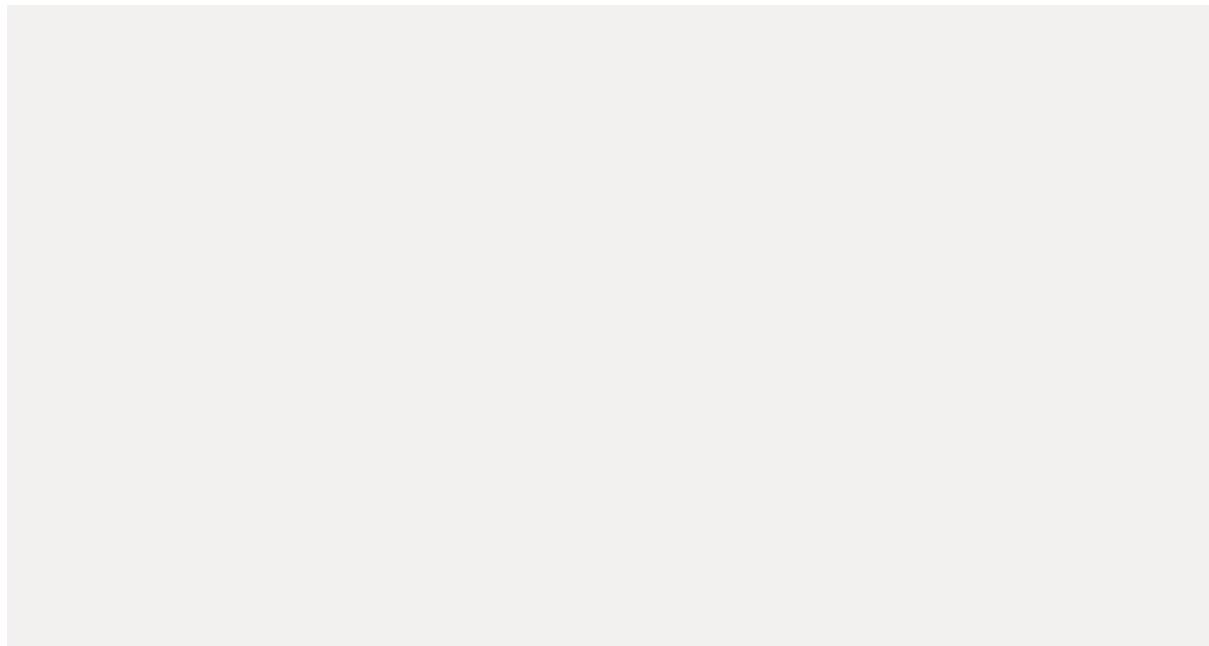
5. ¿Quién repara los siguientes equipos en su institución?

	No tenemos este equipo	Usualmente reparado por nuestro personal	Usualmente reparado por el fabricante u otro servicio de reparación	No tenemos acceso a la reparación de este equipo
Radiografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Revelador de Kodaloid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radiografía computarizada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radiografía Digital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mamografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ultrasonido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MRI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fluoroscopía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fluoroscopía de Angiografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PET	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gamma SPECT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gamma no-SPECT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Densitometría ósea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Favor de indicar el costo aproximado de reparación y mantenimiento para cada equipo. Favor de indicar la moneda (dólar estadounidense, "Euros", "RMB" etc.)

Radiografía	<input type="text"/>
Revelador de película	<input type="text"/>
Radiografía Computarizada	<input type="text"/>
Radiografía Digital (dDR)	<input type="text"/>
Mamografía	<input type="text"/>
Ultrasonido	<input type="text"/>
CT	<input type="text"/>
MRI	<input type="text"/>
Fluoroscopía	<input type="text"/>
Fluoroscopía de Angiografía	<input type="text"/>
PET	<input type="text"/>
Gamma SPECT	<input type="text"/>
Gamma no-SPECT	<input type="text"/>
Densitometría ósea	<input type="text"/>

7. Comentarios adicionales:

A large, light gray rectangular box occupies the bottom half of the page, intended for the respondent to provide additional comments or notes.

Situación Financiera del Paciente

1. Nombre del Local/Institución:

A continuación haremos varias preguntas en referencia a la situación financiera de sus pacientes. Reconocemos la naturaleza sensible de este tema, y sólo buscamos poder asistir en el desarrollo de una práctica de radiología sostenible. Toda la información recopilada se mantendrá **estrictamente confidencial**. Nuestra meta compartida es proveerle con la mejor calidad de cuidado para sus pacientes al ayudarle a usted a:

1. Optimizar su habilidad para servir más pacientes en su comunidad.
2. Crear opciones para hacer la radiología más accesible a sus pacientes.
3. Diseñar herramientas de mercadeo para educar a su comunidad sobre los beneficios de la radiología.

1. ¿Cuál es el monto que paga el paciente para los siguientes servicios de radiología? Para ésta y las siguientes preguntas, favor de indicar la moneda que utiliza para sus estimados. Por ejemplo dólares estadounidenses, "Euros", "RMB", etc. Favor de utilizar la misma moneda.

Radiografía simple, una sola proyección

Mamografía de detección (proyecciones CC y MLO)

Ultrasonido abdominal completo

CT de tórax sin contraste intravenoso (IV)

MRI de cerebro sin contraste intravenoso (IV)

Cintigrafía ósea de cuerpo completo ("scan óseo")

Angiografía mesentérica diagnóstica (sin intervención)

2. ¿Cuál es el precio que se le cobra al asegurador del paciente por los siguientes servicios de radiología?

Radiografía simple, una sola proyección

Mamografía de detección (proyecciones CC y MLO)

Ultrasonido abdominal completo

CT de tórax sin contraste intravenoso (IV)

MRI de cerebro sin contraste intravenoso (IV)

Cintigrafía ósea de cuerpo completo ("scan óseo")

Angiografía mesentérica diagnóstica (sin intervención)

3. Cuál es el costo para usted por cada uno de estos servicios?

Radiografía simple, una sola proyección

Mamografía de detección (proyecciones CC y MLO)

Ultrasonido abdominal completo

CT de tórax sin contraste intravenoso (IV)

MRI de cerebro sin contraste intravenoso (IV)

Cintigrafía ósea de cuerpo completo ("scan óseo")

Angiografía mesentérica diagnóstica (sin intervención)

4. ¿Cómo se determina el precio del servicio de radiología? **Seleccione todas las que aplican.**

- Regulado por el gobierno
- Determinado por el mercado
- Deteminado por un tercero (aseguradora)
- Otro

Si otro, favor de explicar:

A large, solid gray rectangular box used to redact sensitive information, such as a handwritten response or a URL.

1. Dado el **ingreso anual promedio** en su país, favor de marcar con qué frecuencia su institución atiende pacientes con los siguientes ingresos:

	Bastante común	Común	Poco común	Muy rara vez	Nunca
Más de 3 veces el ingreso anual promedio.	<input type="radio"/>				
2 - 3 veces el ingreso anual promedio.	<input type="radio"/>				
El ingreso anual promedio.	<input type="radio"/>				
1/3 - 1/2 el ingreso anual promedio	<input type="radio"/>				
Menos de 1/3 el ingreso anual promedio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

2. ¿Qué porcentaje de sus pacientes viven en una casa con...

	Ninguno	Menos del 10%	10% - 33%	34% - 66%	67% - 99%	Todos
... televisor?	○	○	○	○	○	○
... carro, camión o camioneta?	○	○	○	○	○	○
... bote o lancha?	○	○	○	○	○	○
... bicicleta o motocicleta?	○	○	○	○	○	○
... máquina de coser?	○	○	○	○	○	○
... olla de presión?	○	○	○	○	○	○
... ventilador eléctrico?	○	○	○	○	○	○
... ganado?	○	○	○	○	○	○

3. ¿Cuantos adultos en edad de trabajar (mayores de 17 años) viven en cada casa de su paciente promedio?

- 4 o más
- 2 - 3
- 1
- 0

4. ¿Qué porcentaje de sus pacientes tienen la siguiente ocupación como ingreso principal del hogar?

	Ninguno	Menos del 10%	10% - 33%	34% - 66%	67% - 99%	Todos
Desempleado	○	○	○	○	○	○
Granjero	○	○	○	○	○	○
Labores de baja destreza (portero, barrendero)	○	○	○	○	○	○
Labores fuertes (construcción, plomería, electricista)	○	○	○	○	○	○
Trabajo de oficina (secretaria, oficinista)	○	○	○	○	○	○
Profesionales (técnicos, enfermeros, maestros, doctores, abogados)	○	○	○	○	○	○
Otro	○	○	○	○	○	●

Si otro, favor de explicar:

1. ¿Aproximadamente qué porcentaje de sus pacientes paga el costo del servicio médico "de su bolsillo" (i.e. utilizando su propio dinero sin rembolso por la aseguradora)?

- Ninguno
- Menos de 10%
- 10% - 33%
- 34% - 66%
- 67% - 99%
- Todos

2. En promedio, ¿que porcentaje del costo médico total de un paciente es pagado **por el propio paciente?**

3. En el caso de pacientes que pagan la totalidad o parte del costo médico de su bolsillo, ¿con qué frecuencia recibe usted el pago suficiente y a tiempo?

- Nunca o casi nunca
- En ocasiones
- Siempre o casi siempre

4. ¿Qué pasa con un paciente que no puede pagar los servicios médicos en su institución?

- Se le proveen los servicios de todas maneras
- Son referidos a otra institución para recibir los servicios
- No se le proveen los servicios

5. ¿Qué porcentaje de los pacientes que visitan su institución recibe **servicios gratis o 'pro-bono'?**

- Muy pocos
- 5%
- 10%
- 15%
- Más del 15%

6. Se les permite a los pacientes pagar con un **plan de pago** en lugar de un solo pago?

- Sí
- No

7. ¿Se les cargan **intereses** a los pacientes que eligen pagar con un plan de pago?

- Sí
- No
- N/A

1. ¿Qué entidades se **encargan del seguro médico** o pagan por los servicios de salud en su región (no necesariamente en su institución)? **Seleccione todos los que apliquen.**

- Gobierno (incluyendo el servicio de salud nacional)
- Privado, con fines de lucro
- Privado, sin fines de lucro
- Cooperativa (grupos de pacientes)
- Otro

Si otro, favor de explicar:

2. ¿Qué porcentaje de sus ingresos totales son **pagados por un tercero** (i.e. no pagados por el paciente)? Ejemplos de un tercero son: aseguradoras, cooperativas, el gobierno.

- Ninguno
- Menos del 10%
- 10% - 33%
- 34% - 66%
- 67% - 99%
- Todo

3. ¿Con qué frecuencia reciben usted o sus pacientes un rembolso a tiempo y suficiente de sus pagos ?

- Siempre o casi siempre
- En ocasiones
- Rara vez
- Nunca o casi nunca

Si la dificultad es significativa, favor de explicar la principal razón por la cual esto ocurre:

4. ¿Cuántos de sus pacientes no tienen seguro médico porque **desconocen** la disponibilidad de estas opciones?

- Ninguno o casi ninguno
- Algunos
- Muchos

5. ¿Cuántos de sus pacientes no tienen seguro médico porque **no lo pueden pagar**?

- Ninguno o casi ninguno
- Algunos
- Muchos

6. ¿Cuántos de sus pacientes no tienen seguro médico porque **no califican**?

- Ninguno o casi ninguno
- Algunos
- Muchos

7. Por favor clasifique las siguientes razones por las cuales sus pacientes no califican para seguro médico:

	Más común (1)	2	3	4	Menos común (5)
Ingreso muy alto	<input type="radio"/>				
Tiene una condición médica pre-existente.	<input type="radio"/>				
Ingreso muy bajo	<input type="radio"/>				
Residen en una región/área equivocada	<input type="radio"/>				
No es ciudadano de su país o región	<input type="radio"/>				
8. ¿Qué puede hacer o ha hecho su institución para ayudar a sus pacientes a obtener seguro médico?					
9. Tienen sus pacientes tienen un número de identificación nacional ?					

9. Tienen sus pacientes tienen un **número de identificación nacional**?

- Sí
- No

1. ¿Utiliza su institución un 'ajuste de precio'? Ajuste de precio es la práctica de ajustar los precios basados en el ingreso y la capacidad de pago de cada paciente.

- Sí
- No

2. ¿Ofrece su institución servicios especiales adicionales a pacientes con la capacidad de pagarlos? Seleccione todos los que apliquen.

- Acomodamientos especiales (cuarto privado, aire acondicionado, menú especial)
- Opciones especiales para citas (programación de citas más rápido)
- Cuidado en el hogar
- Otro

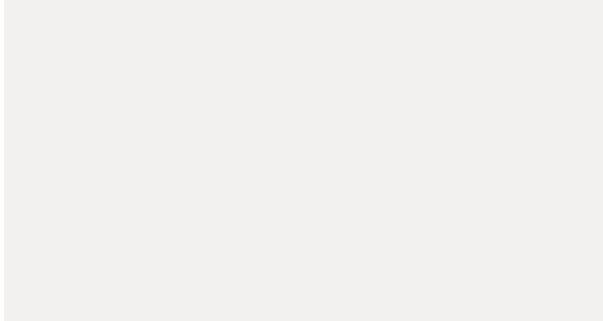
Si otro, favor de explicar:



3. ¿Acepta su institución **opciones alternativas de pago**, además de efectivo, cheque, seguro o crédito? Por ejemplo, trueque de bienes.

- Sí
- No

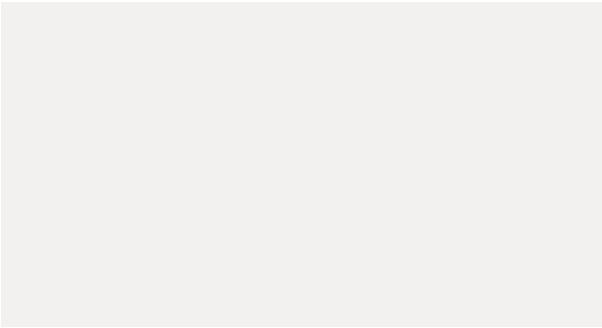
Si así es, favor de explicar:



4. ¿Existe alguna organización de finanzas o microfinanzas en su comunidad que sus pacientes utilicen para financiar sus gastos médicos o para ayudarlos con sus propios negocios?

- Sí
- No

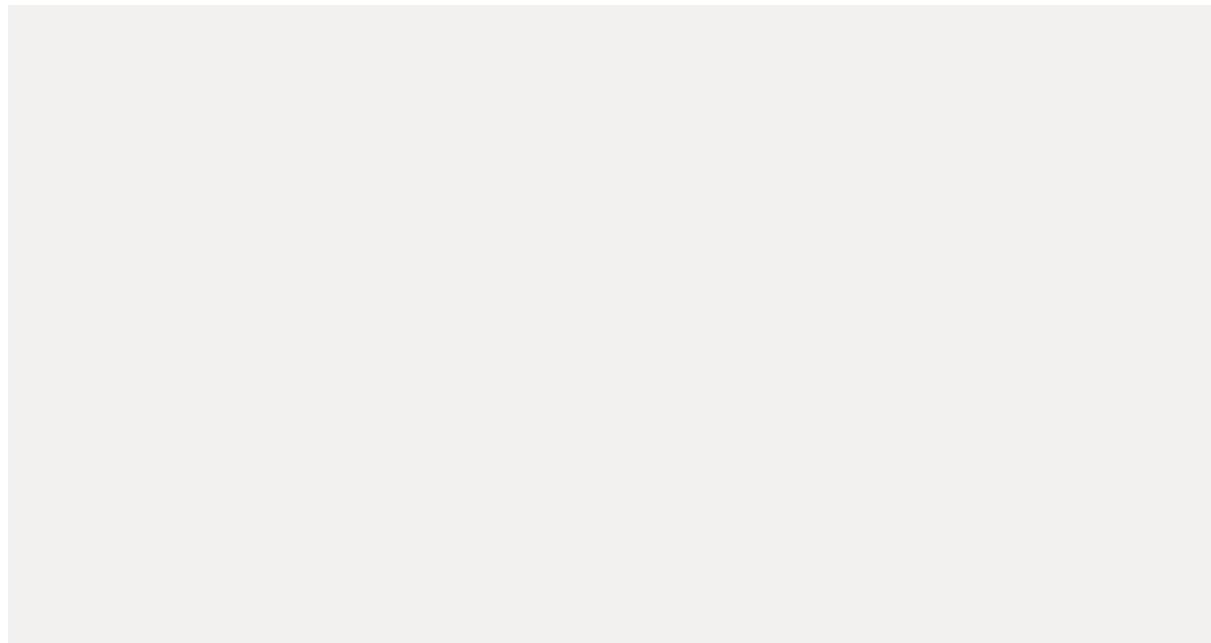
Si la contestación es acertada, favor de explicar:



5. ¿Que porcentaje de sus pacientes recibe otro tipo de asistencia para sus pagos que no sea la de las aseguradoras? Por ejemplo, préstamos de dinero.

- Ninguno
- Algunos
- Muchos
- La Mayoría

6. Comentarios adicionales:



Infraestructura Financiera

1. Nombre de la Institución:

En las siguientes páginas hacemos preguntas relacionadas al **plan de negocios de su institución, finanzas, e infraestructura financiera**. Reconocemos que esta información es sensible y sólo buscamos asistirle en el desarrollo de una **práctica de radiología financieramente sostenible**. Toda la información recopilada en esta sección se mantendrá **estrictamente confidencial**, a menos que usted nos provea autorización para divulgarla. Nuestra meta compartida es **proveerle el servicio de la mejor calidad a sus pacientes**.

Su información financiera se utilizará para:

1. Aumentar su infraestructura financiera actual a estándares regionales.
2. Proveerle de esquemas para sus documentos financieros.
3. Crear un plan de sostenibilidad para la práctica de radiología en su institución.
4. Incorporar temas de negocio y finanzas de su interés en nuestro programa de educación.
5. Ayudarle a desarrollar un plan efectivo para solicitar préstamos y financiamiento para sufragar los gastos de compra y mantenimiento de equipos radiológicos.
6. Identificar las mejores opciones de préstamo a medida que su institución crezca.

1. ¿Cuál es el periodo típico del ciclo de **cuentas** con sus proveedores? ("cuentas a pagar")

- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- Más de 3 meses

2. ¿Cuál es el periodo típico del ciclo de **cuentas** con sus pacientes y aseguradoras? ("cuentas por cobrar")

- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- Más de 3 meses

3. ¿Tiene **profesionales de negocios** o finanzas trabajando en su institución?

- Sí
- No
- En ocasiones, pero no regularmente

4. ¿Tiene alguna persona o **departamento dedicados a las finanzas, cuentas, y cobros** en su institución?

- Sí
- No
- En ocasiones, pero no regularmente

5. ¿Tiene **personal entrenado para manejar capital financiado** por bancos u otras instituciones financieras?

- Sí
- No
- En ocasiones, per no regularmente

1. ¿Recibe su institución **asistencia financiera del gobierno**, en forma de préstamos, becas u otra ayuda monetaria?
 Sí
 No
2. ¿Reciben otras instituciones en su país **asistencia financiera del gobierno**, en forma de préstamos, becas u otra ayuda monetaria?
 Sí
 No
3. ¿Recibe su institución beneficios tributarios (de impuestos) por parte del gobierno?
 Sí
 No
4. ¿Está su institución interesada en acudir a su gobierno para recibir más ayuda financiera para poder comprar, reparar, o dar mantenimiento a equipo médico de imágenes?
 Sí
 No

1. ¿A qué tipo de recursos de financiamiento puede su institución acudir legalmente para un préstamo o beca para comprar, reparar, o dar mantenimiento a equipo radiológico? Seleccione todas las opciones legalmente posibles, sin importar qué tan remota sea la posibilidad de éxito:

- Gobierno nacional, regional o local
- Bancos comerciales
- Instituciones de microfinanciamiento
- Instituciones no-gubernamentales (ONG's)
- Vendedores o proveedores de equipo radiológico
- Individuos privados

2. ¿Qué tipo de recursos de financiamiento utiliza o ha utilizado su institución (no sólo para radiología)? Favor de seleccionar todos los que apliquen.

- Gobierno nacional, regional o local
- Bancos comerciales
- Instituciones de microfinanciamiento
- Instituciones no-gubernamentales (ONG's)
- Vendedores o proveedores de equipo radiológico
- Individuos privados

3. ¿Qué tipo adicional de **recursos no-gubernamentales** está su institución interesada en solicitar para financiar la compra y mantenimiento de equipo radiológico? Seleccione todos los que apliquen.

- Bancos convencionales
- Instituciones de microfinanciamiento
- Instituciones no-gubernamentales (ONG's)
- Vendedores o proveedores de equipo radiológico
- Individuos privados

4. ¿Cuáles son las probabilidades de su institución de obtener financiamiento a crédito?

- Usualmente es fácil para nosotros obtener crédito
- Usualmente es difícil para nosotros obtener crédito

5. ¿Tiene su institución actualmente alguna relación financiera con el gobierno o alguna institución no-gubernamental?

- Sí
- No

6. ¿Puede legalmente su institución **recibir equipo o servicios donados** por instituciones no-gubernamentales?

- Sí
- No

De ser así, provea detalles:

7. ¿Ha recibido su institución alguna donación de equipo o servicios por parte de alguna institución no-gubernamental en el pasado?

- Sí
- No

8. ¿Está su institución esperando recibir alguna donación de equipo o servicios durante este año?

- Sí
- No

De ser así, favor de explicar:

1. ¿Esta usted obligado a proveer **informes financieros** periódicamente a alguna **autoridad reguladora**?
 - Sí
 - No

2. ¿Ha compartido usted estados financieros con alguna organización fuera de su institución, adicional al gobierno? Por ejemplo, bancos, organizaciones no-gubernamentales, gobiernos extranjeros, etc.
 - Sí
 - No

3. ¿Tiene **formularios/plantillas para estados financieros** (estados de ingresos, hojas de balance, estado de flujo de efectivo, hojas de análisis, etc)?
 - Sí, tenemos algunos o todos estos formularios
 - No, no tenemos estos formularios ni hemos pensado en desarrollarlos
 - No, no tenemos estos formularios pero estamos actualmente trabajando en desarrollarlos.

4. ¿Estaría dispuesto a compartir copias en blanco de estos formularios con nosotros, para poder entender mejor sus métodos de contabilidad?
 - Sí
 - No
 - N/A

5. ¿Estaría dispuesto a compartir algunos o todos **sus estados financieros** con nosotros para poder ayudarle a expandir sus servicios de radiología y poder servir a más pacientes?
 - Sí
 - Podemos decidir luego de discutirlo mejor
 - No
 - N/A

6. ¿Qué **estadísticas de ingreso y gastos** sigue usted en su institución?

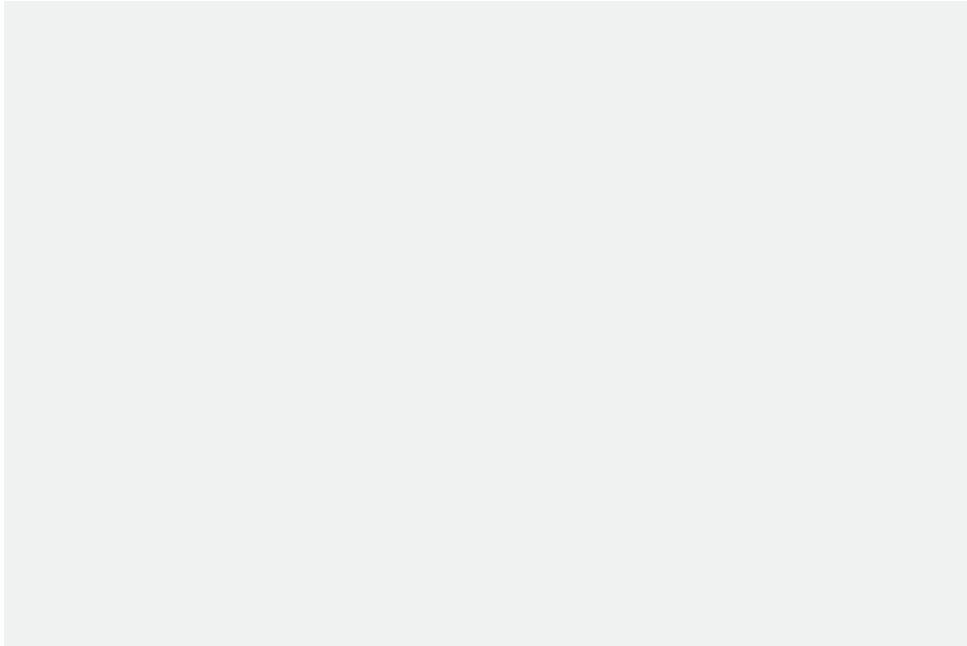
Seleccione todas las que apliquen.

- Razón de deuda vs ingreso
- Deuda vs ganancias retenidas
- Deuda vs capital total
- Margen neto/bruto
- Ingresos vs gastos por paciente
- Porcentaje de gastos no-medicos vs medicos.
- Coste tributario (de impuestos)
- Reembolso de asuguradoras
- Porcentage de pacientes que no pagaron

7. ¿Estaría dispuesto a compartir algunas o todas estas estadísticas o sus componentes con nosotros?

- Sí
- No
- N/A

1. ¿Qué tipo de asistencia financiera, estructura de plan de pago o de donación cree que es de mejor utilidad para su institución?



La lista que se encuentra a continuación es un breve resumen de algunos requerimientos que las instituciones financieras solicitan al momento de considerar un préstamo. Varios de estos se han mencionado en las preguntas anteriores. **Nuestro objetivo es ayudarle a desarrollar las herramientas necesarias para optimizar su perfil de manejo financiero. No necesita proveerle estos documentos a RAD - AID™ o sus afiliados.** Cuando nos reunamos discutiremos esta lista con usted. En ese momento podrá compartir con nosotros estos documentos, en la medida que lo considere necesario.

1. Capacidad de demostrar ingresos:

- Ingreso neto y bruto anual de la institución
- Distribución de ingresos
- Ganancias retenidas

2. Capacidad de demostrar una presupuestación financiera sólida:

- Presupuesto mensual y anual para el departamento de radiología
- Presupuesto mensual y anual total de la institución
- Estados financieros

3. Habilidad de demostrar estados financieros pasados (3 años):

- Hojas de flujo de efectivo
- Hojas de balances
- Estados de ingresos

4. Apalancamiento que su institución tiene disponible:

- ¿Quién proveyó la inversión inicial para su institución?
- ¿Quién provee financiamiento adicional para tecnología y equipos (gobierno o privado)?
- ¿Cuál fue la inversión inicial?
- ¿Cuál es la inversión anual?
- Ganancias anuales retenidas
- Todos los préstamos y deudas significativos
- Razón de deuda vs ingresos totales
- Razón de deuda vs ingresos retenidos
- Detalles de los fondos actuales, incluyendo préstamos, y planes de pago.

5. Información financiera a la que se le da seguimiento regularmente:

- Margen neto/bruto
- Gastos vs ganancias por paciente
- Porcentaje de gastos médicos vs no-médicos
- Costo de impuestos
- Reembolso de aseguradoras
- Porcentaje de pacientes facturados que nunca pagan

6. Gastos fijos anuales:

- Labor
- Pago de préstamos
- Depreciación de equipo

7. Costos anuales variables:

- Electricidad
- Agua
- Labor temporal
- Suministros médicos

8. Junta directiva y Equipo de Administración

- Antecedentes
- Nivel de participación
- Afiliaciones políticas

Financiamiento de Equipo de Imágenes Médicas

1. Nombre de la Institución:

A continuación le hacemos varias preguntas relacionadas a la **capacidad de financiamiento de equipo de imágenes médicas de su institución**.

Reconocemos la naturaleza sensible de esta información y sólo buscamos poder asistirle en el **desarrollo de una práctica de radiología financieramente sostenible**. Toda la información recopilada se mantendrá estrictamente confidencial, a menos que usted nos autorice lo contrario.

Nuestra meta común es proveerle el **servicio de mejor calidad a sus pacientes**.

La información recopilada en esta sección se utilizará para:

1. Crear un plan de sostenibilidad para la práctica de radiología en su institución.
2. Ayudarle a desarrollar un plan efectivo para la solicitud de préstamos y otras formas de financiamiento para poder sufragar los gastos de compra, operación y mantenimiento del equipo radiológico.
3. Identificar las mejores opciones de préstamo a medida que su institución continúe creciendo.

1. Favor de mencionar la persona encargada de tomar las **decisiones finales de compra** de equipo médico (nombre, ocupación, título). Si son varias personas, favor de mencionar el líder del grupo o quién toma la decisión final.

Nombre	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>
Título	<input type="text"/>

2. Ha comprado su institución algún equipo de imágenes médicas en el pasado?

- Sí
- No

3. Ha pagado su institución parte o todo el costo de equipo de imágenes médicas con fondos efectivos, entiéndase fondos no adquiridos por préstamo o financiamiento?

- Sí
- No

4. Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, ¿qué **recursos** ha utilizado su institución para pagar la compra de equipo de imágenes médicas? Favor de seleccionar todos los que apliquen.

- Ingresos, cuenta de activo, o dotación de la institución.
- Fondos gubernamentales
- Fondos donados
- Otro

Si otro, favor de explicar:

5. Ha pagado su institución parte o todo el costo de compra de equipo de imágenes médicas con fondos adquiridos mediante préstamo u otro modo de financiamiento?

- Sí
- No

6. Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, ¿qué **tipo de préstamo o financiamiento** ha utilizado su institución para pagar la compra de equipo de imágenes médicas? Favor de seleccionar todos los que apliquen.

- Institución privada o financiera
- Gobierno
- Fabricante o vendedor del equipo médico
- Individuo privado
- Otro

Si otro, favor de explicar:

7. Además, ¿qué recursos ha utilizado su institución para pagar el principal y los intereses? Favor de seleccionar todos los que apliquen.

- Ingresos de la institución o acciones
- Fondos gubernamentales
- Fondos donados
- Otro

Si otro, favor de explicar:

8. ¿Cuál de los siguientes rangos de interés de financiamiento es el que más ha utilizado su institución al compar equipo médico?

- N/A
- 0 - 5%
- 6 - 11%
- 12 - 17%
- 18 - 23%
- 24 - 29%
- 30 - 35%
- 36 - 41%
- 42 - 47%
- 48% o más

9. ¿Qué tan **difícil** ha sido para su institución hacer estos pagos a tiempo?

- N/A
- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil

10. ¿Recibe su institución **deducciones de impuestos** o algún otro **beneficio** por el pago de intereses de los préstamos de equipo médico?

- Sí
- No

11. ¿Ha pagado su institución el mantenimiento o reparación de equipo médico en el pasado?

- Sí
- No

12. ¿Qué tan difícil ha sido para su institución sufragar los gastos de mantenimiento y/o reparación de equipo médico?

- N/A
- Muy difícil
- Algo difícil
- Neutral
- Fácil
- Muy fácil

A continuación se encuentra una lista de documentos y detalles que las instituciones financieras requieren al momento de solicitar un préstamo. Muchos de estos se han mencionado en las preguntas anteriores. **Nuestro objetivo es ayudarle a desarrollar las herramientas necesarias para optimizar su perfil de manejo financiero. No necesita proveerle estos documentos a RAD - AID™ o sus afiliados.** Cuando nos reunamos, discutiremos esta lista con usted. En ese momento podrá compartir con nosotros estos documentos, en la medida que lo considere necesario.

1. Capacidad de demostrar ingresos:

- Ingreso neto y bruto anual de la institución
- Distribución de ingresos
- Ganancias retenidas

2. Capacidad de demostrar una presupuestación financiera sólida:

- Presupuesto mensual y anual para el departamento de radiología
- Presupuesto mensual y anual total de la institución
- Estados financieros

3. Capacidad de demostrar estados financieros pasados (3 años):

- Hojas de flujo de efectivo
- Hojas de balances
- Estados de ingresos

4. Apalancamiento que su institución tiene disponible:

- ¿Quién proveyó la inversión inicial para su institución?
- ¿Quién provee financiamiento adicional para tecnología y equipos (gobierno o privado)?
- ¿Cuál fue la inversión inicial?
- ¿Cuál es la inversión anual?
- Ganancias anuales retenidas
- Todos los préstamos y deudas significativos
- Razón de deuda vs ingresos totales
- Razón de deuda vs ingresos retenidos
- Detalles de los fondos actuales, incluyendo préstamos, y planes de pago.

5. Información financiera a la que se le da seguimiento regularmente:

- Margen neto/bruto
- Gastos vs ganancias por paciente
- Porcentaje de gastos médicos vs no-médicos
- Costo de impuestos
- Reembolso de aseguradoras
- Porcentaje de pacientes facturados que nunca pagan

6. Gastos fijos anuales:

- Labor
- Pago de préstamos
- Depreciación de equipo

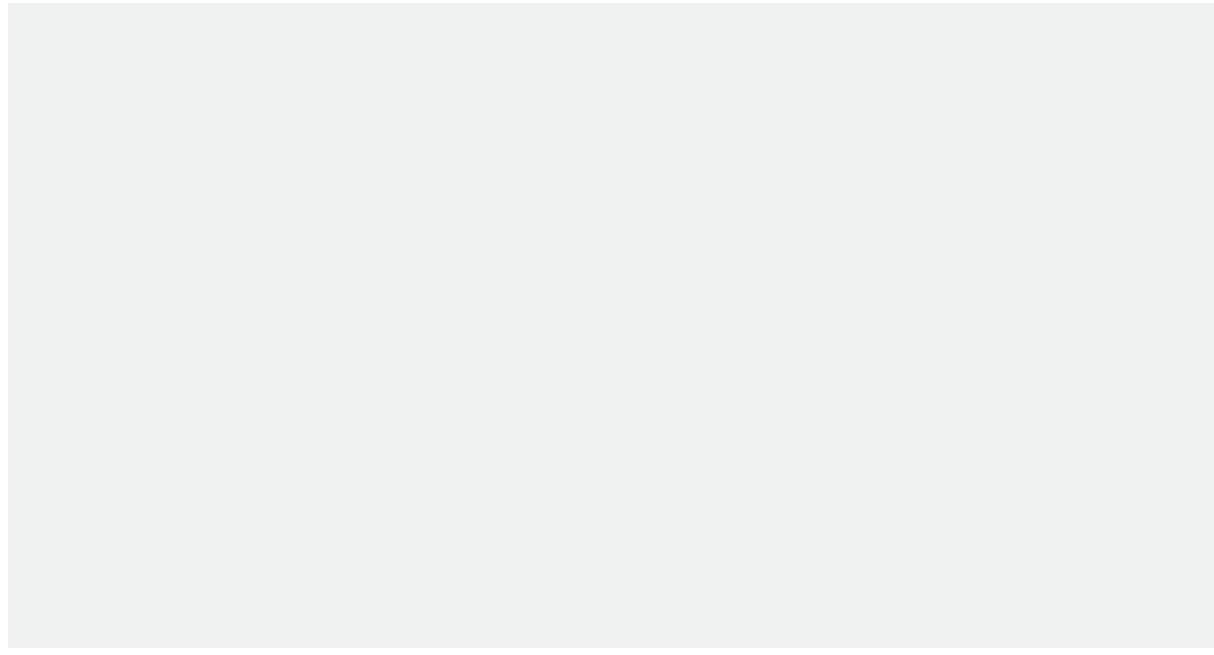
7. Costos anuales variables:

- Electricidad
- Agua
- Labor temporal
- Suministros médicos

8. Junta directiva y Equipo de Administración

- Antecedentes
- Nivel de participación
- Afiliaciones políticas

Comentarios adicionales:

A large, empty rectangular box with a light gray background, occupying most of the page below the question. It is intended for the respondent to write their additional comments.