

Appendix A: Advance Care Planning Needs Assessment Survey (English)

Introduction:

Thank you for taking the time to complete this survey. This survey includes questions regarding your knowledge and use of advance care planning. The information you provide will be used to guide the development of an educational session at the Wausau Free Clinic on advance care planning.

Taking part in this survey is not required as part of being a patient at Wausau Free Clinic and will not affect the care you receive. You will not be offered or receive any incentives for participating in this survey.

Although you will not get personal benefit from taking part in this survey, your responses will help us to better understand the knowledge and use of advance care planning in patients at Wausau Free Clinic and what education sessions may be helpful to provide more information.

We hope to receive completed surveys from about 100 people, so your answers are important to us. However, you may choose whether to complete this survey. If you do participate, you are free to skip any questions or discontinue at any time.

The survey will take about 5 minutes to complete. Your response to the survey is anonymous.

If you have questions about the project, please contact me with the information below.

Thank you in advance for your assistance with this project.

Sincerely,

[redacted names and contact information]

The following questions will help us to understand the specific needs for advance care planning. Your responses to these and all questions are anonymous and not required.

What is your age?

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55-64
- ☐ 65-74
- ☐ 75-84
- ☐ 85-94
- ☐ 95+
- ☐ Prefer not to say

What is your ethnicity?

- ☐ Hispanic or Latino or Spanish Origin
- ☐ Not Hispanic or Latino or Spanish Origin

Have you heard of "advance care planning"?

- ☐ Yes, explain what you know. _____
- ☐ No

Do you have someone in the United States who would make decisions for you if you could not make decisions for yourself because of an illness or other medical condition?

- ☐ Yes, how are you related? _____
- ☐ No

Do you have a document in place that gives this person the authority to make decisions for you if you are unable?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Unsure

Have you discussed with your doctor about your wishes for care if you were dying?

- ☐ Yes, please explain your discussion. _____
- ☐ No

Would you like to learn more about advance care planning?

- ☐ Yes
- ☐ Maybe
- ☐ No

What would you like to learn about advance care planning?

In what setting do you like to learn?

- ☐ 1:1 Meeting
- ☐ Small Group Session (no more than 7 participants)
- ☐ Large Group Presentation (8 or more participants)
- ☐ I am not interested in learning about advance care planning.

Select all of the challenges that you see to completing advance care planning.

- ☐ Healthcare access
- ☐ Lack of education
- ☐ Fear
- ☐ Cultural beliefs
- ☐ Spiritual beliefs
- ☐ Other, please specify: _____

Appendix B: Advance Care Planning Needs Assessment Survey (Spanish)

Introduction:

Gracias por dedicar su tiempo para completar esta encuesta. Esta encuesta incluye preguntas sobre su conocimiento y uso de la planificación anticipada de la atención médica. La información que usted proporcione se utilizará para guiar el desarrollo de una sesión educativa en la Clínica Gratuita de Wausau sobre la planificación anticipada de la atención médica.

Participar en esta encuesta no es un requisito para ser paciente de la Clínica Gratuita de Wausau y no afectará a la atención que reciba. No se le ofrecerá ni recibirá ningún incentivo por participar en esta encuesta.

Aunque no obtendrá ningún beneficio personal por participar en esta encuesta, sus respuestas nos ayudarán a comprender mejor el conocimiento y el uso de la planificación anticipada de la atención en los pacientes de Wausau Free Clinic y qué sesiones educativas pueden ser útiles para proporcionar más información.

Esperamos recibir encuestas completadas de unas 100 personas, por lo que sus respuestas son importantes para nosotros. Sin embargo, usted puede elegir si desea completar esta encuesta. Si participa, puede saltarse cualquier pregunta o no continuar en cualquier momento.

Completar la encuesta le llevará unos 5 minutos. Su respuesta a la encuesta es anónima.

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto, póngase en contacto conmigo.

Gracias de antemano por su ayuda en este proyecto.

Atentamente,

[redacted names and contact information]

Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender las necesidades específicas de la planificación anticipada de la atención médica. Sus respuestas a éstas y a todas las preguntas son anónimas y no son obligatorias.

¿Cuál es su edad?

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55-64
- ☐ 65-74
- ☐ 75-84
- ☐ 85-94
- ☐ 95+

☐ Prefiero no decirlo

¿Cuál es su origen étnico?

- ☐ Hispano o latino o de origen español
☐ No hispano o latino o de origen español

¿Ha oído hablar de la "planificación anticipada de la atención médica"?

- ☐ Sí, explique lo que sabe. _____
☐ No

¿Tiene a alguien en Estados Unidos que tomaría decisiones por usted si usted no pudiera tomarlas por sí mismo debido a una enfermedad u otra condición médica?

- ☐ Sí, ¿cuál es su relación? _____
☐ No

¿Dispone de un documento que autorice a esta persona a tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No estoy seguro

¿Ha hablado con su médico sobre sus deseos de atención médica en caso de muerte?

- ☐ Sí, explique la conversación. _____
☐ No

¿Le gustaría saber más sobre la planificación anticipada de la atención médica?

- ☐ Sí
☐ Tal vez
☐ No

¿Qué le gustaría aprender sobre la planificación anticipada de la atención médica?

¿En qué entorno le gustaría aprender?

- ☐ Reunión 1:1
☐ Sesión en grupo reducido (no más de 7 participantes)
☐ Presentación en grupo grande (8 o más participantes)
☐ No estoy interesado en aprender sobre la planificación anticipada de la atención médica.

Seleccione todas las dificultades que ve para completar la planificación anticipada de la atención médica.

- ☐ Acceso a la asistencia médica
☐ Falta de educación
☐ Miedo
☐ Creencias culturales
☐ Creencias espirituales

☐ Otros, especifique: _____