



La experiencia de cuidados en el hogar: Algunas preguntas para usted como cuidador familiar

_____ está trabajando en un importante proyecto para mejorar la forma en que trabajamos con los cuidadores familiares. Como parte del proyecto, le pedimos que llene esta encuesta, debido a que ha estado involucrado en el cuidado de su familiar cuando él o ella recibió servicios de parte de nuestra agencia. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestros procedimientos de comienzo y finalización de los servicios para nuestros pacientes.

Esta encuesta se concentra en usted, no en su pariente o amigo que está recibiendo servicios. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor seleccione la respuesta que mejor describa su experiencia. Si la pregunta no se aplica a su experiencia o no conoce la respuesta, simplemente marque o seleccione "No sé" o "No es relevante". Hay un espacio al final de cada sección para que añada cualquier comentario general o explique cualquiera de sus respuestas. *La encuesta le tomará alrededor de 10 minutos.*

No es necesario que incluya su nombre ni ningún tipo de información que lo identifique. Nada de lo que informe afectará el cuidado médico actual o futuro de su familiar.

Esta encuesta ha sido diseñada por United Hospital Fund, una organización de investigación y políticas de salud sin fines de lucro, como parte de su campaña *Next Step in Care (El próximo paso en el cuidado médico)*. Podrá encontrar más información en www.nextstepincare.org. También encontrará herramientas y guías que lo ayudarán a planificar el traslado de su familiar desde una instalación de salud a otra. Por ejemplo, hay información acerca de qué esperar cuando su familiar se muda desde un hospital a un centro de rehabilitación o a un asilo.

Le agradecemos que responda a esta encuesta. Su opinión es importante y contribuirá a mejorar el cuidado de nuestros pacientes y el apoyo a los cuidadores familiares.

Historial del cuidador familiar

1. El paciente es mi (su relación con su familiar) (seleccione una de las siguientes opciones)

- Esposo/a/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija
 Otro pariente Amigo Otro: _____

2. Mi familiar recibió cuidados en su hogar luego de ser dado de alta de:

- Un hospital Rehabilitación en un asilo o una instalación de rehabilitación Otro _____

3. Mi familiar tiene _____ años de edad.

Comentarios:

A. Información

1. Cuando comenzaron los cuidados en el hogar de mi familiar, me dieron:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) un número para llamar las 24 horas, los 7 días de la semana en caso de tener alguna pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) una lista de suministros y/o equipos que mi familiar necesitaría y la forma de obtenerlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) información acerca de los servicios que se brindarían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) un estimado del tiempo que durarían los cuidados en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) una explicación sobre lo que cubriría el seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) información acerca de quién iría al hogar y lo que esta persona debía hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Información (continuación)				
	Sí	No	No sé	No es relevante
g) una copia de la declaración de privacidad que deja claro que los miembros del personal están autorizados a brindarme información a menos que mi familiar se opusiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) una declaración que reconocía la importancia de mi presencia para el cuidado y bienestar de mi familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) información acerca de servicios y recursos que podía utilizar (tales como servicios de apoyo, cuidados temporarios, transporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios:				
B. Mis necesidades como cuidador familiar				
2. La agencia de cuidados en el hogar me hizo preguntas acerca de				
	Sí	No	No sé	No es relevante
a) mis habilidades para brindar cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) mi nivel de comodidad haciendo estas tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) mi disponibilidad al momento de brindar los cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios:				

C. Servicios

3. El personal de cuidado en el hogar se aseguró de que yo:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) tuviese información acerca de la condición y el pronóstico de mi familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tuviese información acerca de los servicios que se brindarían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tuviese información acerca de cuándo debía esperar la visita de la enfermera, terapeuta o ayudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) formulara todas las preguntas que quisiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) tuviese instrucciones sobre medicamentos o el uso de equipos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) tuviese números telefónicos donde llamar en caso de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

D. Comunicación

4. Para ayudarme a entender las instrucciones, pude obtener:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) información médica que podía comprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) material impreso en mi idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) un intérprete profesional (por ejemplo, alguien que hablase mi idioma), en caso de ser necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

E. Entrenamiento

5. La agencia de cuidados en el hogar me enseñó a:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) administrar los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) observar e informar cambios en el estado del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) manejar equipos médicos, en caso de ser necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) comprender lo que mi familiar debía comer y cuánto ejercicio debía hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) reconocer una emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) comprender qué debía llevar a la cita con el médico y qué discutir con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

F. Cambios en el plan de cuidados

6. Cuando se realizaron cambios en el plan de cuidados, me informaron:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) por qué se realizaban los cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cuándo debían ser realizados los cambios				

Comentarios:

G. Cuando el cuidado en el hogar finalizó

7. Antes de finalizar el cuidado en el hogar, la agencia de cuidados:

	Sí	No	No sé	No es relevante
a) me informó cuándo esperar que los servicios y las visitas acaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) me explicó cómo obtener cuidados adicionales, en caso de ser necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) me dió instrucciones acerca de la dieta, las actividades y el manejo de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) me dió el nombre y el número telefónico de una persona para contactar por cualquier pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) me dijo cuándo programar las próximas visitas al médico y qué llevar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) me brindó información acerca de recursos comunitarios para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

H. Satisfacción

8. En líneas generales, estoy satisfecho con la capacitación, el apoyo y la información que recibí de la agencia de cuidados en el hogar.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No lo sé/ No es relevante
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Basándome en mi experiencia, deseo recomendar esta agencia de cuidados en el hogar a otros.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No lo sé/ No es relevante
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>