



## 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](http://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"/>

<b>A. Información (continuación)</b>				
	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>B. Mis necesidades como cuidador familiar</b>				
<b>2. La agencia de cuidados en el hogar me hizo preguntas acerca de</b>				
	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"/>